Rok XXXIV. Kraków 23. Lutego 1895 r. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9, Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, [illegible] skiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław [illegible]

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do operacyjnego leczenia wysokich stopni krótkowidzenia z uwzględnieniem zmian patologicznych dna ocznego.

Skreślił

Dr. Wincenty Fukala,

okulista w Pilźnie (w Czechach).

(Odczyt na międzynarodowym Zjeździe oftalmologów w Edymburgu 9. Sierpnia 1894).

Wiadomo powszechnie, iż ludzie dotknięci wysokim stopniem krótkowidzenia, poczynając od 15 DM., nie są w stanie nosić szkieł korygujących; nieźle jednak znoszą słabe lub średnie szkła wklęsłe. Szkła o 10 D już wywołują zawroty i bóle głowy tak, iż chorzy nie są w stanie dłużej ich nosić. Oprócz tego mocno krótkowidzący widzą nawet przez szkła wszystkie przedmioty niewyraźnie, w skutek czego nie są zdolni prawie do żadnej roboty.

Chorzy, należący do klas zamożniejszych i nie skazani skutkiem tego na zajmowanie się jakiemkolwiek rzemiosłem lub zajęciami szkolnemi radzą sobie w życiu i krótkowidzenie nie staje się dla nich przyczyną tylu nieszczęść, jak dla klas pracujących. Lecz smutnem jest położenie chorego, zmuszonego zajmować się szewstwem, krawieczyzną, murarstwem, pisaniną kancelaryjną, nauczycielstwem i t. p. a mającego kres dali wzrokowej w odległości ośmiu, sześciu, niekiedy nawet czterech centymetrów. Tacy chorzy bardzo szybko ulegają wszystkim cierpieniom, które mocne krótkowidzenie zwykle za sobą pociąga, tracą wzrok, napełniają zakłady dla nieuleczalnych kalek, niewidomych i t. d. lub w braku takich, stają się na całe życie ciężarem dla swych krewnych i gminy. Z tego stanowiska leczenie radykalne wysokich stopni krótkowidzenia jest ważnem zagadnieniem społecznem, tembardziej, iż zdarza się ono dość często.

Wszystkie próby czynione dotychczas celem usunięcia krótkowidzenia pozostały bez skutku, ponieważ nie ma sposobu skrócić podłużną oś gałki ocznej. Dla przykładu wspomnę sposób podany przez Gałęzowskiego a polegający na przypłaszczeniu rogówki.

Z górnej części rogówki wycinał Gałęzowski odcinek półksiężycowy i rzeczywiście osięgał mniej lub więcej znaczne przypłaszczenie rogówki, lecz zawsze połączone z nieprawidłową niezbornością, której żadne szkła nie są w stanie wyrównać tak, iż chorzy nie tylko nie zyskali nic na pomienionej operacyi, lecz przeciwnie nierównie gorzej widzieli. Pomijam tu naturalnie przypadki, w których wypadnięcie tęczówki lub zrosty z brzegami rany wywołały szereg zboczeń następczych a raz nawet jaskrę wtórną. Rozumie się, iż podobne wyniki nie mogły zachęcić ogółu okulistów do stosowania operacyi celem spłaszczenia rogówki.

Jedynym sposobem zmniejszenia nadmiernej siły łamania jaką ma oko krótkowidzące, jest usunięcie soczewki z oka. Nieraz miano sposobność przekonać się, iż mocno krótkowidzący, dotknięci równocześnie zaćmą, po szczęśliwie przebytej operacyi tejże, widzieli tak dobrze, jak nigdy przed wytworzeniem się zaćmy, w skutek czego tacy należą do naszych najwdzięczniejszych pacyentów. Ta zaś okoliczność, że mocno krótkowidzący łatwo mogą obejść się bez soczewki, znaną nam jest dobrze z praktyki: akomodacya bowiem nie ma dla mocnego krótkowidza żadnego znaczenia; bez szkieł nie jest on w stanie widzieć wyraźnie najbliższych przedmiotów, podczas zaś noszenia wyrównywujących szkieł, nie powinien akomodować.

Gruby błąd popełnia lekarz, pozwalając chorym akomodować przez szkła wyrównywające; jest to bowiem najpewniejszy sposób wywołujący wzmaganie się krótkowidzenia oraz wszystkich jego następstw. Jeszcze w roku 1815.

zaproponował Beer usuwanie u krótkowidzów soczewki przeźroczystej, lecz technika operacyjna znajdowała się wówczas jeszcze w tak opłakanych warunkach, iż żaden lekarz nie podjął się operacyi, obawiając się ropienia; środki znieczulające były wtedy również prawie nieznane. W czasach późniejszych próbowali niektórzy lekarze usuwać przeźroczyste soczewki, lecz napotkali na silną opozycyą ze strony Graefego i Dondersa, którzy nie mając pod tym względem żadnego doświadczenia, zarzucili tę operacyę jedynie na podstawie rozumowań teoretycznych. Przed wielu laty jeszcze zakomunikowałem myśl swoją czcigodnemu swemu nauczycielowi prof. Arltowi rozcinania torebki soczewkowej u młodych krótkowidzów; Arlt odpowiedział, iż niemiałby odwagi do tego, gdy Donders tak stanowczo oświadczył się przeciw ekstrakcyi przeźroczystej soczewki. Pomimo to postanowiłem zamiar swój do skutku doprowadzić i w roku 1887. po raz pierwszy wykonałem swoją operacyę, z której publiczne sprawozdanie ogłosiłem w roku 1890. w Graefego *Archiv für Ophht.* t. 36. cz. II. We dwa lata później Vacher w Orleanie wydobył przeźroczystą soczewkę u krótkowidza wysokiego stopnia, poczem podano w Nogela *Jahresbericht für Ophth.*, iż Vacher wcześniej operacyę tę wykonał aniżeli ja; lecz o tej pomyłce chronologicznej łatwo się przekonać, zestawiwszy *Archiv für Ophth.* Graefego t. 36. cz. II. str. 241. z *Recueil d'Opht. 13. annee* P. 678, w którym Vacher sam podaje: *J'ai fait à l'heure actuelle sept extractions de cristallin transparent, les deux premieres remontent au mois d'avril et mois d'octobre 1887.* 9. Sierpnia 1894. wygłosiłem odczyt o mej operacyi na Zjeździe oftalmologów w Edymburgu, w którym głównie wyłożyć chciałem wskazania i przeciwwskazania do operacyi usunięcia soczewki u krótkowidzów wysokiego stopnia.

Po ogłoszeniu pierwszej mej pracy o dwudziestu siedmiu przypadkach krótkowidzenia leczonego sposobem operacyjnym, zaczęła się zwolna powiększać liczba zwolenników tej metody leczenia. Obecnie już znaczny zastęp najbardziej znanych oftalmologów operacyę tę wykonywa z wyśmienitym skutkiem: prof. Schweigger w Berlinie ogłosił 40 przypadków, prof. Pflüger w Bernie 42, radca Hippel w Halli 35, Mooren w Dusseldorfie 15, prof. Horstman w Berlinie 5, Schroeder w Petersburgu 12, prof. Laqueur w Sztrasburgu 6 i Thier w Akwizgranie 35. Oprócz tego jeszcze wielu innych lekarzy operacyę tę wielokrotnie wykonało, lecz prace ich nie doszły do powszechnej wiadomości.

Leczenie operacyjne może być tylko wtedy z dobrym skutkiem stosowane, jeżeli do wykonania operacyi istnieją pewne wskazania i przeciwwskazania. Rozumie się samo przez się, iż nie wszystkie przypadki krótkowidzenia nadają się do operacyi a zatem należy ustanowić stałe wskazania, aby operowane były właściwe przypadki i aby operacya, która może tyle korzyści przynieść, nie została osławioną.

Wskazania do operacyi są następujące:

1) Przedewszystkiem krótkowidzenie mocniejsze od 13 D; u dzieci operacya może być wykonaną i w przypadkach krótkowidzenia 10 lub nawet 8 D, ponieważ dziecko, posiadające w 6-tym, 8-mym lub 10-tym roku życia 8—10 D, w 20-tym lub 30-tym roku dojdzie z pewnością do 20 D.

2) Ze sposobów operowania pierwszeństwo ma niewątpliwie rozcinanie *(discissio)*; jeżeli po rozcięciu powiększy się znacznie ciśnienie śródoczne, należy soczewkę napęczniałą wypuścić z oka. Lecz w zwykłych przypadkach nie należy obawiać się powiększenia ciśnienia śródocznego a szybkie pęcznienie soczewki jest pożądanem. W przypadkach zaś, gdy ciśnienie znacznie się powiększy, należy natychmiast przystąpić do wydobycia *(extractio)*.

3) Do operacyi nadają się osoby ze zupełnie zdrową naczyniówką i siatkówką.

4) Najodpowiedniejszym wiekiem do wykonania operacyi jest wiek młody, ponieważ w tym wieku oko znosi najlepiej pęcznienie soczewki, podczas gdy w wieku późniejszym sprawa ta może wywołać ciężkie zboczenia, oprócz tego w młodym wieku nie znajdujemy jeszcze tak znacznych zmian w naczyniówce, jednego z najważniejszych przeciwwskazań do operacyi. Naczynia zaś w wieku młodym wytrzymują dzięki swej sprężystości łatwo większe parcie krwi, w skutek czego nie należy się obawiać wynaczynień pooperacyjnych. Za najstarszy wiek w którym operacyę bez większego niebezpieczeństwa wykonać można, uważać należy 40 rok. Pflüger wykonał jednak operacyę u 48-letniej osoby z najlepszym skutkiem. Z tego możemy tylko wnioskować, iż głównym warunkiem jest nie tyle wiek, ile dobry stan naczyniówki i ścianek naczyniowych.

Należy wystrzegać się usuwania przeźroczystej soczewki w ten sposób, jak to zwykle robimy ze zaćmioną, doświadczenie bowiem uczy, iż tego rodzaju operacya uspasabia do krwotoków śródocznych, oderwania siatkówki i t. p. W ostatnim czasie Vacher w Orleanie znów próbował usuwać przeźroczysta soczewkę. W *Arch.* Graefego XXXVI. T. oświadczyłem się stanowczo przeciw tej operacyi i niżej jeszcze raz szczegółowo wyłuszczę przyczynę, dlaczego operacya ta nie daje się zastósować.

Za przeciwwskazania do operacyjnego leczenia krótkowidzenia uważać należy:

1) Przedewszystkiem powikłania ze strony siatkówki i naczyniówki. Nie mam tu na myśli zaniku naczyniówki dokoła tarczy nerwu wzrokowego lub między tarczą a plamką żółtą t. zw. *conus* czyli *staphyloma posticum*, lecz zmiany wskazujące wprost na cierpienie naczyniówki, zwłaszcza na jej przewlekłe zapalenie w obrębie plamki żółtej również jak i części obwodowych.

2) Sędziwy wiek jest stanowczo przeciwwskazaniem do usunięcia soczewki; po operacyi katarakty dość często zdarza się u starszych krótkowidzów oderwanie siatkówki, krwotoki, podczas gdy ich w oczach miarowych lub nadmiarowych nie spostrzegamy wcale lub tylko w wyjątkowych przypadkach. Dla przykładu pozwolę sobie zrobić wzmiankę o tem, iż niedawno jeden z najbardziej znanych przedstawicieli nauki lekarskiej krótkowidzący został w sędziwym wieku operowany przez również znanego oftalmologa, lecz po zdjęciu zaćmy oślepł zupełnie w skutek krwotoku śródocznego.

Usuwając krótkowidzom soczewkę, zyskujemy podniesienie się bystrości widzenia naośnego, wyraźniejsze widzenie przedmiotów oddalonych bez pomocy szkieł oraz zdolność widzenia obuocznego i przestrzeniowego, którego krótkowidzący zwykle są pozbawieni. Następnie znacznym zyskiem dla chorego jest także ta okoliczność, iż jest on w stanie po operacyi pracować w pewnem oddaleniu i nie jest zmuszony trzymać zawsze głowę pochyloną nad robotą. Donders przywiązuje ogromną wagę do pochylonego trzymania głowy, tłumacząc tem wzmaganie się krótkowidzenia. Oprócz tego

muszę zwrócić uwagę lekarzy na to, iż usunięcie soczewki jest jedynym pewnym środkiem, mogącym zapobiedz postępom krótkowidzenia. Szczegółowej pomówię o tem w zakończeniu niniejszej pracy.

Co się tyczy zwiększenia bystrości widzenia naośnego po usunięciu soczewki, to przez to nie należy rozumieć, że się wrażliwość siatkówki zwiększa, operacya bowiem nie jest w stanie usunąć zmian patologiczno-anatomicznych powstałych w siatkówce w skutek wydłużenia się przednio-tylnego wymiaru gałki ocznej; przez operacyę możemy tylko stworzyć wygodniejsze warunki zbierania się promieni światła na siatkówce.

Wszyscy okuliści, którzy tę operacyę wielokrotnie wykonali, mieli sposobność przekonania się, iż bystrość widzenia naośnego po operacyi jest znacznie większą aniżeli przed operacya. Mogę wymienić nazwiska Schweiggera (40), Pflügera (40), Maerena (15), Horstmana (6), Wicherkiewicza (10), Lindnera (10) Hippela (8) i t. d. Oprócz tego operacyą wykonało wielu innych, którzy swych prac nie ogłosili. Na klinice prof. Fuchsa w Wiedniu operacya została wiele razy wykonana, liczba zaś operowanych jest niewiadomą. Nasuwa się zatem pytanie, dlaczego podnosi się bystrość widzenia u krótkowidzów po usunięciu soczewki. Zanim odpowiem na to pytanie, muszę wytłómaczyć, dlaczego krótkowidzący, zaczynając od 15 D, nie są w stanie nosić szkieł wyrównywających.

Gdybyśmy byli w stanie wysokie stopnie krótkowidzenia zapomocą szkieł w ten sposób wyrównywać, ażeby środek optyczny szkła wklęsłego jednoczył się ze środkiem optycznym soczewki oka, mogliby krótkowidzący z łatwością swe szkła nosić; lecz to jest rzecz niemożliwa, środek szkła znajduje się w odległości najmniej 15—20 mm. od środka soczewki oka i to jest przyczyną niemożliwości dokładnej korekcyi. Przez to iż krótkowidz nosi szkła w odległości 15—20 mm. powstaje kombinowany układ optyczny, którego ognisko oddalone jest znacznie od siatkówki, wskutek czego wszystkie przedmioty wydają się mniejszemi i bardziej oddalonemi. Na tę okoliczność, jako główną przyczynę, uniemożliwiającą krótkowidzom noszenie silnych szkieł, nie zwrócił naszej uwagi ani Donders, ani żaden inny badacz. Człowiek z oczyma miarowemi łatwo może sobie wyobrazić stósunek silnych szkieł wklęsłych do oka krótkowidzącego, oraz wejrzenie przedmiotów przy tej kombinacyi, patrząc przez zwyczajną lornetę teatralną, lecz trzymając ją przed oczami szerszym końcem, w którym umieszczone są soczewki wypukłe. W ten sposób powstaje właśnie ów niepraktyczny układ optyczny, jak przy korekcyi oka krótkowidzącego; znaczne oddalenie i zmniejszone kształty przedmiotów zależą jedynie od odsunięcia ogniska.

Wszystkie te niedogodne stosunki dla przecinania się promieni na siatkówce oka krótkowidzącego zostają przez operacyę całkowicie usunięte. Obrazy tworzące się na siatkówce powiększają się znacznie, a oprócz tego zyskują wiele na jasności. Chory zdolen jest widzieć dobrze zdaleka bez pomocy szkieł, lub przy pomocy bardzo słabego szkła wklęsłego lub wypukłego, zależnie od stopnia krótkowidzenia, zbliska zaś widzą chorzy nierównie lepiej i wyraźniej aniżeli przed operacyą, nie mając przy tem potrzeby pochylać głowy nad robotą. Tak naprzykład operowałem jednego 20-letniego stolarza, posiadającego 20 D. M., a zmuszonego przez to porzucić swój zawód. Po operacyi pozostały choremu jeszcze 2 D. M., tak. iż mógł swobodnie pracować w odległości 50 ctm. Powrócił on do swego zawodu, który mu zapewnia dobre utrzymanie. Thier ogłosił przypadek, dotyczący studenta teologii, posiadającego 16 D. M. Młody ten człowiek nosił się z zamiarem porzucenia wszelkich zajęć naukowych. Po operacyi zaś posiadał chory całkowitą bystrość wzroku i mógł długi czas pracować bez zmęczenia. Uważam za zbyteczne przytaczać wszystkie przypadki krótkowidzenia leczone zapomocą operacyi, gdyż wyniki we wszystkich podobne są do wyników w dwóch przytoczonych przypadkach.

O przywróceniu widzenia obuocznego oraz przestrzeniowego, zarówno jak i o wskazaniach do operacyi usunięcia soczewki napiszę szczegółowo innym razem.

II. Wyniki leczenia kiły głębokiemi wstrzykiwaniami salicylanu i tymoloctanu rtęciowego.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

Odczyt wypowiedziany w sekcyi chorób skórnych i wenerycznych na VII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Stosując od dziesięciu lat w kile głębokie wstrzykiwania mięśniowe nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych, wypróbowałem w ciągu tego czasu kilkanaście związków rtęciowych, w tej zaś liczbie, obok dawniejszych przetworów (kalomel, żółty tlenek rtęciowy), posługiwałem się w ostatnich czasach i nowymi, mianowicie zaś stosowałem podskórnie: karbolan, salicylan, tymoloctan i będźwinian rtęciowy.

Z pośród wymienionych środków rtęciowych, które mojem zdaniem działają w kile prawie jednakowo, najdogodniejszymi dla stosowania podskórnego okazały się: salicylan i tymoloctan rtęciowy (*hydrargyrum salicylicum, thymoloaceticum*).

Wobec więc tego uważam za właściwe podać Szanownym Kolegom krótkie sprawozdanie o wynikach, jakie otrzymałem, stósując w kile wymienione dwa przetwory rtęciowe, godne zająć według mego mniemania najpoczesniejsze miejsce w rzędzie związków rtęciowych, używanych dla zwalczenia kiły.

Mając na względzie możliwość wystąpienia ostrego i groźnego zatrucia ustroju wskutek wprowadzania pod skórę wielkich dawek rtęci, posługiwałem się zwykle $7\frac{1}{2}$—8% zawiesiną wodną salicylanu i tymoloctanu rtęciowego z przymieszką gumy arabskiej, według następnego przepisu:

Hydr. salicylici s. thymolacetici	*1·50*
Mucilag. gummi arabici	*0.50*
Aquae destillatae	*20·00*

Wstrzykiwania robiłem co 3—4 dni, każdym razem wprowadzałem pod skórę treść całej zwykłej strzykawki Lewina (0·075 leku). Liczba wstrzykiwań zależała od postaci i okresu choroby i właściwości indywidualnych osób kiłowych, poddanych leczeniu; dla usunięcia łagodnych postaci dsugorzędnej kiły wystarczało zwykle od 6—10 wstrzyknięć; poważniejsze zaś i uporczywsze postacie kiły wymagały 10—16 wstrzykiwań; miejscowe zaś nawroty drugorzędnego okresu najczęściej znikały już po 46 injekcyach.

Wstrzykiwania robiłem głęboko, wprowadzając igiełkę strzykawki w mięśnie pośladkowe, poczem mięsiłem zlekka okolicę nakłucia, co mojem zdaniem ułatwia szybszą resorbcyę wstrzykniętego płynu oraz zapobiega wytworzeniu się długotrwałych i dokuczliwych nacieków i obrzęków w okolicy wstrzyknięcia.

Wstrzykiwania głębokie salicylanu i tymoloctanu rtęciowego stosowałem w 168 przypadkach drugorzędnej i późnej kiły. Z chorych było 159 mężczyzn, kobiet zaś tylko 9; u dzieci nie używałem wymienionej metody leczenia. Wstrzykiwań dokonanych u 168 osób kiłowych było 1516.

Najlepsze wyniki lecznicze otrzymywałem w przypadkach świeżej drugorzędnej kiły i w postaciach nawrotowych, łagodnych; objawy chorobowe zawsze ustępowały szybko, osutka plamista (*roseola*) znikała już po 2—3 zastrzyknięciach, inne postacie kiły skórnej nieco dłużej opierały się leczeniu; szybko też znikały nieowrzodziałe klykciny sączące, powierzchowne zaś owrzodzenia i nadżerki z rozpadłych klykcin powstałe zabliźniały się już po kilku injekcyach. W niektórych przypadkach uporczywe postacie późnej kiły, leczone poprzednio bezskutecznie wcieraniami maści rtęciowej, raźnie ustępowały pod wpływem działania salicylanu lub tymoloctanu rtęciowego.

Wymieniony sposób leczenia zastosowałem też u 2-ch ciężarnych kobiet dotkniętych świeżą kiłą, i otrzymałem pomyślne wyniki bez żadnych szkodliwych następstw dla matki lub dziecka; w obu przypadkach dzieci przyszły na świat donoszone i pozornie zdrowe, lecz po kilku tygodniach zapadły na wybitne objawy kiły.

Wypada tu dorzucić kilka słów co do miejscowego odczynu, który jest nieodłącznym towarzyszem podskórnej metody leczenia kiły: bóle w okolicy wstrzyknięć rzadko bywają dotkliwe przy podskórnem stosowaniu salicylanu lub tymolactanu rtęciowego; wstrzykiwania natomiast kalomelu i będźwinianu rtęciowego zwykle są boleśniejsze, jak o tem kilkakrotnie miałem sposobność przekonać się. Co się tyczy występowania obrzęków i nacieków zapalnych w okolicach nakłuć, spostrzegałem je bardzo rzadko; obrzęk powstający niekiedy nigdy długo nie trwał i mało dokuczał choremu; ani razu zaś nie powstał ropień w okolicy wstrzyknięcia. Z innych niekorzystnych, ubocznych skutków i następstw głębokich wstrzykiwań salicylanu i tymoloctanu rtęciowego napomknę tu o zajęciu rtęciowem jamy ustnej, względnie ślinotoku, który występuje niekiedy już po kilku injekcyach, w przeważnej jednak liczbie przypadków objawy wymienione wcale nie są wybitne i rychło ustępują po zastosowaniu odpowiednich środków. W 2-ch przypadkach po wstrzyknięciu $7\frac{1}{2}\%$ zawiesiny salicylanu rtęciowego wystąpiła na tułowiu osutka rumieniowa z gorączką, znikła jednak bez śladu na drugi dzień. W jednym zaś przypadku w kilka godzin po wstrzyknięciu salicylanu rtęciowego też w ilości 0·75 chory dostał mocnego napadu duszności, oraz suchego kaszlu; badanie wykazało w płucach ściśle odgraniczony naciek pod lewą łopatką (osłabiony szmer oddechowy i stępiony odgłos przy opukiwaniu w wymienionej okolicy), opisane jednak objawy po upływie kilku godzin zaczęły ustępować i na drugi dzień chory już najzupełniej czuł się dobrze, ze strony zaś płuc nic już chorobliwego nie dostrzeżono; przerwane chwilowo leczenie podskórne stosowano dalej, poczem już nie było żadnych szkodliwych następstw.

Przytoczone wyżej wyniki, otrzymane przeze mnie w ciągu kilku lat upoważniają mnie do zaprzeczenia zdaniu niektórych syfilidologów (Hebra syn [1]), Lassar [2]), Simon y Nieta [3]), Rietema [4]), Kaposi [5]), Funk [6]) i inni), o szkodliwości i nawet niebezpiecznych skutkach głębokich wstrzykiwań nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych; rozpatrując zaś bliżej niefortunne przypadki Smirnowa [6]), Krausa [8]), Hallopeau [9]), Runeberga [10]) i Łukasiewicza [11]), w których po stosowaniu podskórnem zawiesiny kalomelowej oleju rtęciowego szarego i żółtego tlennika rtęci wystąpiło ostre zatrucie rtęcią i następnie śmierć chorego, wypada przyjść do przekonania, iż przyczyna groźnych objawów zatrucia nie tkwiła w samej metodzie leczenia lub w własnościach leku, lecz zależała od zewnętrznych okoliczności; niektóre przypadki łatwo się dają wytłomaczyć wprowadzeniem do ustroju zanadto wielkiej ilości rtęci, inne zaś obecnością w ważnych organach ustroju (nerkach, płucach) poważniejszych zwyrodnień przewlekłych. Za przykład służyć mogą przypadki Smirnowa, które zakończyły się śmiercią: w jednym z nich wstrzykiwania kalomelu zastosowano u 20-letniej dziewczyny, dotkniętej gruźlicą płuc w okresie rozpadu; drugi przypadek tyczył się starca, cierpiącego na uporczywy nieżyt jelit przewlekły; w trzecim przypadku stosował Smirnow injekcye kalomelu u niedokrewnej i wycieńczonej kobiety, w czwartym zaś przypadku leczeniu poddano osobę ze złośliwą postępującą niedokrewnością (*anaemia progressiva*). W przypadku Runeberga podskórne wstrzykiwania kalomelu stosowano u kobiety także chorej na złośliwą niedokrewność; następstwem wymienionego leczenia było ostre zatrucie ustroju rtęcią z zejściem śmiertelnem. W przypadkach Łukasiewicza, Hallopeau dawki kalomelu były wysokie, nadto zaś chora Łukasiewicza, jak to wykazała obdukcya, dotknięta była przewlekłem zapaleniem nerek; w przypadku Hallopeau, który szczęściem nie zakończył się śmiertelnie, wstrzyknięto choremu w ciągu pięciu tygodni 1,82 oleju szarego t. j. ilość równającą się mniejwięcej 182 injekcyom 1% roztworu sublimatu (!!!). Nadmienić tu nadto wypada, iż we wszystkich przypadkach śmiertelnego zatrucia rtęciowego wskutek wstrzykiwań nierozpuszczalnych przetworów rtęci stosowano kalomel lub olej szary; do dziśdnia zaś nie wiemy o żadnym przypadku zatrucia, któreby nastąpiło wskutek głębokich wstrzykiwań salicylanu lub tymoloctanu rtęciowego, jakkolwiek wymienionych przetworów obecnie najwięcej się używa do leczenia kiły w klinikach i szpitalach środkowej Europy.

Zestawiając swoje wyniki i porównywając je z otrzymanymi przez wielu autorów, którzy stosowali podskórne leczenie kiły salicylanem i tymoloctanem rtęciowym, ośmielam się oświadczyć, iż wymieniony sposób leczenia należy

---

[1]) Internat. klin. Rundschau. Wien. 1889. 41. str. 1675—1677; 42. str. 1716—1719.

[2]) Deutsche medicin. Wochenschrift 1889. 6.

[3]) Gaceta medica Catalana. 1891. 6; Journ. des mal. cut. 1891. str. 571.

[4]) Therap. Mtshefte. 1892. Arch. f. Dermat. und Syphilis. 1893. str. 12.

[5]) Pathol. und Ther. der Syphilis. Stuttgart. 1891 str. 467 i 469.

[6]) Kronika lekarska. 1887. 2.

[7]) Développement de la methode de Scarenzio. Helsingfors. 1886. str. 72—73. 92—96.

[8]) Deutsche medicin. Wochenschrift. 1888. 12.

[9]) Bulletin médical. 1888. 67.

[10]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1889. 1.

[11]) Wiener klin. Wochenschrift. 1889. 29. 30.

do rzędu najdogodniejszych i najskuteczniejszych w kile (porównaj prace: Cehaka[12]), Boscha[13]), Maksa Bendera[14]), Klotza[15]), Golda[16]), Horowitza[17]), Löwenthala[18]), Lindeborna[19]), Leziusa[20]), Mignecа[21]), Eicha[22]), Barragan y Boneta[23]), Neumanna[24]), Oro Mario[25]), Ullmanna[26]), Levyego[27]), Lindena[28]).

Na zakończenie niech mi będzie wolno wypowiedzieć swe zdanie, tyczące się wartości leczniczej głębokich wstrzykiwań nierozpuszczalnych związków rtęci w ogólności; opierając się na długoletniem doświadczeniu przyszedłem mianowicie do przeświadczenia, iż wymieniona metoda leczenia kiły przewyższa pod każdym względem stosowanie podskórne rozpuszczalnych związków rtęciowych, a to z następnych powodów: 1) stosując podskórne wstrzykiwania nierozpuszczalnych soli rtęciowych, wprowadzamy każdym razem do ustroju większe dawki leku. a więc injekcye powtarzają się dość rzadko, ztąd wynika dogodność dla chorych i lekarza; 2) nierozpuszczalne przetwory rtęciowe resorbują się bardzo powoli, rtęć tedy pozostaje dłużej w ustroju i wskutek tego może wywierać większy skutek leczniczy na kiłę. Przeciwko zarzutom, jakimi niektórzy autorowie obarczają metodę leczenia kiły głębokiemi wstrzykiwaniami nierozpuszczalnych związków rtęciowych wypada wyliczyć, iż bole i nacieki, na które przeważnie wyrzekają przeciwnicy głębokich wstrzykiwań, spostrzegają się też i przy injekcyach podskórnych; zarówno zaś rozpuszczalne i nierozpuszczalne sole rtęciowe wywołują bóle i nacieki w okolicy zastrzyknięć. W celu zapobieżenia miejscowym objawom podrażnienia należy zachować ostrożność w stosowaniu wstrzykiwań, która wymaga nietylko pewnej wprawy, lecz polega też na stosownym wyborze przypadków i należytem odmienianiu dawki. Ropnie w praktyce wprawnego i doświadczonego syfilidologa wyjątkowo są rzadkie, ostrego zaś zatrucia rtęciowego łatwo zdołamy uniknąć, jeżeli będziemy uwzględniać należycie przeciwskazania i wskazania podskórnej metody leczenia kiły rtęcią, oraz jeśli będziemy stosować umiarkowane dawki leku.

III.

W sprawie surowicy swoistej przeciw błonicy.

Szanowny Redaktorze!

Uprzejmie proszę o łaskawe umieszczenie w łamach *Przeglądu lekarskiego*, co następuje:

W *Przeglądzie lekarskim* z r. b. w Nrze 3. na str. 46 czytam: „Ze zbadania surowicy przeciwbłoniczej, wyrabianej przez Rouxa w Paryżu, pokazało się, iż działa ona mocno przeciwgnilnie i jest 200 razy mocniejszą od tak zwanej surowicy prawidłowej czyli normalnej“, t. j. 1 cm.^{3} tej surowicy zawiera **200** jednostek imunizacyjnych; w *Gazecie Lekarskiej* zaś z r. b w Nrze 4. w artykule W. Janowskiego p. t. Badania porównawcze nad określeniem siły surowicy Behringa oraz surowicy Rouxa czytamy, że surowica Rouxa zawiera w 1 cm.^{3} około **60** jedności imunizacyjnych.

Wobec tego, iż pierwszą paczkę surowicy Rouxa już do Krakowa wysłano i że od kilku dni instytut Pasteura dostarcza tej surowicy zagranicy na każde żądanie, uważam sobie za obowiązek wyświetlić rzeczywisty stan rzeczy, tembardziej że powyżej przytoczone liczby jednostek imunizacyjnych, jakie surowica francuzka wrzekomo ma posiadać, mogą wprowadzić w błąd lekarza, stosującego surowicę przeciwbłoniczą przy łóżku chorego.

Nie wchodząc na tem miejscu w przyczyny, dla których nieznany mi autor określił surowicę francuzką, jako 200 J. I. (jednostek imunizacyjnych) w 1cm^3, Janowski zaś jako zawierającą tylko 60 J. I., ograniczam się do oświadczenia, iż liczby te nie odpowiadają rzeczywistości, t. j. nie mogą być zastosowane do surowicy francuzkiej, jaką od pewnego czasu instytut Pasteura do użytku lekarskiego jedynie oddaje oraz w ciągu najbliższych miesięcy jedynie oddawać będzie.

Otóż surowica francuzka zawiera nie 200 i nie 60, ale **135** J. I. Liczba ta została stwierdzona w instytucie Pasteura przez Rekowskiego, który na prośbę Rouxa badał siłę imunizacyjną surowicy francuzkiej wobec działania oryginalnej toksyny niemieckiej z Hochst (t. z. *Testgift*), której fabryka nikomu wogóle nie udziela i którą otrzymał Rekowski tylko dzięki zupełnie wyjątkowym swym stosunkom. Tę samą liczbę **135** J. I. znaleziono w 1cm.^{3} surowicy francuzkiej, którą badano w Höchst; dowiedziałem się o tem osobiście od dyrektorów fabryki w Hochst, prof. Laubenheimera i Dra Liebbeitza, którzy przed kilku dniami bawili w Paryżu. Według słów tych panów, przekonał się Ehrlich w Berlinie, że 1 cm.^{3} surowicy francuzkiej zawiera **133** J. I.

Surowica francuzka stoi więc pod względem siły imunizacyjnej pomiędzy Nrem II (100 J. I. w 1 cm.^{3}) i Nr. III. (150 J. I. w 1 cm.^{3}) surowicy Behringa.

Wobec tego dawka 10 cm.^{3} surowicy francuzkiej zawiera przeszło 2 razy więcej jednostek imunizacyjnych (1350 J. I.), aniżeli potrzeba według Behringa do wyleczenia dziecka w przypadkach błonicy średniego stopnia (600 J. I.).

Z doświadczenia klinikόw francuzkich wypływa, że wyniki leczenia za pomocą surowicy przeciwbłoniczej we Francyi są wogóle lepsze od wyników, otrzymanych przy stósowaniu surowicy Behringa tylko dzięki tej okoliczności, że we Francyi stósowano i stósują znaczniejsze dawki surowicy a względnie działającego w niej pierwiastka, aniżeli w Niemczech, gdzie publiczność a nawet i wielu lekarzy, jak o tem dowiedziałem się od jednego z dyrektorów fabryki w Hochst, uważa surowicę przeciwbłoniczą za rodzaj trucizny, której Nr. III musi więc być nadzwyczaj niebezpiecznym i gdzie dlatego tylko 2 słabsze numery w powszechnem są użyciu.

Tymczasem obserwacya kliniczna Francuzów wykazała, że w przypadkach błonicy średniego stopnia do wyleczenia

---

[12]) Wiener medicin. Wochenschrift. 1890 7. 8. 9. 10. 11.
[13]) Die Behandlung der Syphilis mit intramuskul. Injekt. von Thymolquecksilber. Inaug. diss Tübingen 1890.
[14]) Monatsch. f. prakt. Dermatologie. 1890. X. str. 491—501.
[15]) Journal of cutan. diseases. 1890. 2. 3. 4.
[16]) Posiedz. Towarz. lekarzy Odeskich. 1890. str. 108—136.
[17]) Centralbl. f. ges. Therapie. 1890. 4. str. 193—206.
[18]) Deutsche medicin. Wochenschrift. 1890. 45. str. 544.
[19]) Therap. Monatshefte. 1890. 4. str. 519.
[20]) St. Petersb. medic Wochenschrift 1891. 4. str. 31—33.
[21]) Riforma medica. 1891. 115. str 469—471.
[22]) Therap. Monatshefte. 1891. 8. str. 422—429.
[23]) Revista de medicina y cirurgia practica. Madrid. 1891. XXVIII. str. 129—132.
[24]) Allgem. Wiener medic. Zeitung 1891. 28.
[25]) Gazetta delle Cliniche. 1892. 14. 15
[26]) Wiener klin. Wochenschrift. 1892 6—17.
[27]) Therap. Monatshefte. 1882 str. 510.
[28]) Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 1894. XXVII. 2. str. 191—212.

dziecka 600 J. I. nie wystarcza. Według Rouxa należy w każdym przypadku użyć, co najmniej 1200 J. I. Że tak jest w istocie, dowodzi ta okoliczność, że w niedalekiej przyszłości Nr. I surowicy Behringa zostanie wogóle wycofany z handlu, gdyż dyrektorowie fabryki w Höchst przekonali się, iż numer ten jest za słabym a często zawodząc wzbudza wśród lekarzy brak zaufania do środka, który zastosowany w odpowiedniej dawce działa najczęściej bardzo zbawiennie.

Ciekawą jest historya owych słabych numerów Behringowskiej surowicy. Wiadomą jest rzeczą, iż siła antytoksyczna krwi zależy wprost od stopnia odporności zwierzęcia, które danej krwi czy surowicy dostarcza. Otóż ażeby otrzymać surowicę o bardzo wybitnej sile antytoksycznej, trzeba brać krew zwierząt, znoszących bez odczynu gorączkowego ogromne ilości nadzwyczaj silnego jadu. Takie uodpornienie zwierzęcia trwa bardzo długo: n. p. konie w Höchst, dostarczające surowicy o 150 J. I. w 1 cm.^{3}, były immunizowane w ciągu $1^1/_2$ roku. Ponieważ popyt na surowicę przeciwbłoniczą był bardzo wielki w czasach, gdy większość koni niemieckich była zaimunizowana w znacznie słabszym stopniu, po części ze względów handlowych, po części zaś nie chcąc odmawiać surowicy wogóle działającej tym, którzy prawdziwie jej potrzebowali, fabryka w Höchst ekspedyowała taką surowicę, jaką w danej chwili posiadała, a to w tem przeświadczeniu, że stosunkowo słabe jej działanie może zostać zrównoważonem zastosowaniem dawek odpowiednio zwiększonych.

Obecnie nie ulega już wątpliwości, że Nr. I surowicy Behringa nie ma wogóle racyi bytu; posługując się surowicą Behringa należy więc stosować jedynie jej Nr. II i Nr. III.

Surowica francuzka bywa obecnie wysyłaną we flaszeczkach, zawierających po 10 i po 20 cm.^{3} W opakowaniu każdej flaszeczki znajduje się szczegółowo podany opis sposobu użycia surowicy.

Główną zaletą surowicy francuzkiej jest jej stosunkowo znaczna siła immunizacyjna. Jest ona przytem o wiele tańsza, niż surowica niemiecka: 100 J. I. sprzedaje fabryka w Höchst za 1 markę (= 62 cnt.), Instytut zaś Pasteura sprzedaje te samą ilość J. I. za 22 centymy (= 11 cnt.; surowica francuzka jest więc około $5^1/_2$ raza tańszą od surowicy niemieckiej.

Mam nadzieję, że próby, jakie w szpitalu św. Ludwika w Krakowie z surowicą francuzką wykonane zostaną, wypadną na jej korzyść i przyczynią się do wyświetlenia prawdziwej jej wartości. *Dr. Karol Klecki.*

Paryż, instytut Pasteura 13. Lutego 1895.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologia.

Z. Dmochowski i W. Janowski: **O działaniu ropotwórczem lasecznika tyfusowego i o ropieniu przy tyfusie w ogólności.**

Sprawy ropne, występujące w przebiegu tyfusu, oddawna były przedmiotem uwagi klinników, lecz dopiero od czasu odkrycia lasecznika tyfusowego (1880) badania dotyczące etyologii tych spraw na właściwe weszły tory. W ciągu ostatnich lat ogłoszono wiele badań bakteryologicznych w tym względzie; wyrażone w nich zapatrywania podzielić można na dwie przeciwne sobie grupy. Według pierwszej z nich tworzenie się ropni w tyfusie jest następstwem zakażenia wtórnego przez zwykłe pasorzyty ropotwórcze, według zaś poglądów drugiej grupy przyczynę spraw ropnych stanowi sam lasecznik tyfusowy. Ażeby rozstrzygnąć tę sprzeczność, podjęli autorzy w pracowni prof. Brodowskiego w Warszawie pracę doświadczalną, w której wykonali 325 doświadczeń na psach, królikach i morskich świnkach. Powstała ztąd monografia o 180 stronach druku zawiera wiele ciekawych i cennych danych zarówno odnośnie do własności chorobotwórczych lasecznika tyfusowego, jak i patogenezy ropienia w ogólności.

Część pierwsza, zajmująca prawie połowę książki, zawiera streszczenie literatury, zebranej z nadzwyczajną dokładnością. W drugiej części zastanawiają się autorzy nad otrzymanymi wynikami i wartością teraźniejszych na tę sprawę poglądów, wreszcie kreślą plan własnych doświadczeń, ich technikę oraz sposoby kontroli. Te ostatnie, jak to łatwo zrozumieć z natury przedmiotu, grają tu ważną rolę i od ich ścisłości zależy wartość otrzymanych wyników; dotyczy to szczególnie sprawdzania czystości hodowli laseczników tyfusowych otrzymanych z tkanek i odróżnienia ich od tak podobnych do nich i tak często zanieczyszczających te hodowle bakteryj *coli commune*, tembardziej, że laseczników, wejrzeniem bardzo podobnych do *bacillus typhi abd.*, istnieje bardzo dużo, Maurea naprzykład wylicza takich gatunków aż 88. W trzeciej części przedstawiają autorzy swoje doświadczenia na zwierzętach, bardzo liczne i urozmaicone. Szczepili oni zwierzętom w najrozmaitsze miejsca ustroju w stosunkach normalnych i chorobowo sztucznie zmienionych żywe hodowle laseczników tyfusowych, zarówno jak i wyjałowione ich wytwory. Miejscem doświadczeń były: tkanka podskórna, otrzewna, opłucna, opony mózgowe, stawy, jadra i szpik kostny. W tkance podskórnej psów zupełnie zdrowej laseczniki tyfusowe ropienia nie wywołują, lecz mogą je wywołać w okolicznościach patologicznych, czy to w skutek zmian ogólnych (niedokrewność w następstwie upustów krwi), czy też zaburzeń miejscowych (przekrwienie zastoinowe, uraz, zapalenie wskutek podrażnienia chemicznego, przemiany bliznowate). W związku z tem zostaje sprawa przechodzenia laseczników do *locus minoris resistentiae*. Pod tym względem przyszli autorzy do przekonania, iż *bacillus typhi* może przedostawać się do jakiegoś miejscowego ogniska zapalnego z innych miejsc ustroju, jak naprzykład do nacieku zapalnego pod skórą, powstałego po wstrzyknięciu oleju krotonowego, przechodzą laseczniki wstrzyknięte do jamy otrzewny i działaniem swem przemieniają naciek ten w ropę, z której wyhodować można czyste hodowle *bacilli typhi abd.* Podobne wyniki były po wstrzyknięciu laseczników nie do jamy surowiczej, lecz do tkanki podskórnej w innem miejscu.

Przy tej okoliczności przywodzą autorzy jeden ważny szczegół, na który już dawno zwracano uwagę (Dubler, Grawitz, Kryński i inni), iż należy być ostrożnym we wnioskowaniu o obecności drobnoustrojów w tych przypadkach ropienia, gdzie ich nie można było wykryć w ropie, gdyż bardzo często wówczas, badając ścianę ropnia, można w tkance znaleść nawet znaczną ilość tych pasorzytów. Okoliczność tę stwierdzili autorzy kilkakrotnie i w tych doświadczeniach.

Nieco odmienne wyniki otrzymali oni w doświadczeniach na królikach i świnkach morskich, o tyle, że laseczniki tyfusowe wywoływały samodzielnie ropienie nawet w zdrowej tkance podskórnej tych zwierząt.

Zupełnie analogiczne działanie okazują wyjałowione hodowle laseczników, zawierające znaczne ilości martwych tych pasorzytów, lub też jałowa bełtanka zawierająca także zabite laseczniki, oddzielone od ich wytworów. Ztąd wysnuwają autorzy wniosek, iż czynnikiem, działającym ropotwórczo w żywych hodowlach laseczników tyfusowych, są ciała chemiczne, zawarte w samych ciałach drob-

noustrojów czyli proteiny. Ostatecznie na podstawie wszystkich tych doświadczeń konkluduja autorzy, że nie ma takiej tkanki u zwierzat, w której by laseczniк tyfusowy nie był w stanie wywołać w odpowiednich stosunkach ropienia.

Ciekawe są badania autorów w sprawie zakażenia mięszanego *(Mischinfection)* w tyfusie. Trudną jest rzeczą w tych przypadkach, gdzie w ropniach powstałych w przebiegu tyfusu wykrywamy obecność dwóch postaci pasorzytniczych, laseczników tyfusowych i koków ropotwórczych, rozstrzygnąć, której z tych postaci przypisać należy rolę etyologiczną w tej sprawie, a która stanowi tylko następstwo zakażenia wtórorzędnego (deuteropatycznego). A nawet i w tych przypadkach, w których znajdujemy tylko jedne z tych postaci, nie można być pewnym, czy ona jest sprawcą ropienia, gdyż być może inne drobnoustroje wywołały ropienie i potem wymarły, te zaś. które wykrywamy w ropie, osiedliły się w ropniu następowo, lub wreszcie osiedliwszy się jednocześnie, jako wytrzymalsze przeżyły swych towarzyszów.

Na podstawie nader konsekwentnie przeprowadzonych doświadczeń, przychodzą autorzy do przekonania, iż: 1° tylko o tych przypadkach, w których wykrywamy w ropie laseczniki tyfusowe w czystej hodowli, możemy powiedzieć, że wywołane one zostały napewno przez te właśnie pasorzyty; 2° w tych zaś przypadkach, gdzie badanie ropnia wykazuje obecność obydwóch postaci, t. j. lasecznika tyfusowego i koków ropotwórczych, patogeneza ropienia może być trojaka: *a)* ropienie stanowi następstwo współdziałania obu pasorzytów t. j. poliinfekcyi, *b)* ropienie jest wynikiem działania ropotwórczego samego *bacillus typhi abd.*, obecność zaś koków jest wtórorzędną *(infectio deuteropathica)*, wreszcie *c)* ropień, w którym badanie wykrywa obok laseczników tyfusowych koki ropotwórcze, jest przez pierwsze zakażony deuteropatycznie.

W końcu musimy zwrócić uwagę z uznaniem i na zewnętrzną postać, t. j. druk i papier tej monografii, będącej odbitką z *Pamiętnika Towarzystwa lek. warszawskiego*, który pod obecną redakcyą coraz pomyślniej się rozwija i wobec niskiej swej ceny na szersze zasługuje rozpowszechnienie. *(Pamiętnik Tow. lek. warsz.* T. XC. r. 1894).

Dr. Kryński.

Medycyna sądowa.

Pamiętnik ku uczczeniu 25-lecia pracy nauczycielskiej radcy dworu prof. Dra Hofmanna w Wiedniu, poświęcony przez uczniów, wydany przez Dra Haberdę.

Skreślił

Doc. Dr. L. Wachholz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

3) Doc. L. W. Fagerlund (z Helsingforsu): Otrucia w Finlandyi w latach 1880—1893.

Autor poprzedza starannie zebraną kazuistykę otruć, które się wydarzyły w Finlandyi w ostatnich 13 latach, wstępem, obejmującym przepisy i rozporządzenia rządowe, odnoszące się do sprzedaży i wydawania trucizn w Finlandyi. Mimo tych przepisów okazuje się zebrana kazuistyka bogata zarówno w liczbę przypadków otrucia, jako też i w rozmaitość użytych środków. Z kolei roztrząsa autor przypadki otruć różnymi środkami. Z kwasów żrących najczęściej użytym był kwas siarkowy, rzadziej azotowy, najrzadziej solny. Przypadki te obejmowały tak morderstwa, jak również samobójstwa i nieszczęśliwe przypadki z nieostrożności. Kwasu karbolowego użyto w 7 przypadkach, w których zawsze stwierdzano przy sekcyi zmiany w narządach oddechowych. Zajmującym jest przypadek samobójstwa przez otrucie lizolem. Przy sekcyi stwierdzono brązowe zabarwienie warg, języka i błony śluzowej gardziela. (Na zabarwienie to zwrócił uwagę na ostatnim zjeździe lekarzy niemieckich w Wiedniu Haberda przy sposobności opisu przypadku otrucia dziecka lizolem). Żołądek okazywał szare zabarwienie błony śluzowej, mnóstwo wynaczynionek, treść zaś jego wydawała wybitną woń lizolu. W drogach oddechowych ostry nieżyt. Mocz koloru niebiesko-czarnego, w nim podobnie i w treści żołądka dał się chemicznie wykazać lizol.

Z 9 przypadków otrucia arszenikiem przypadło 4 na morderstwa. W ośmiu zaś z nich użytą była zieleń szweinfurcka (arsenin i octan miedzi), która stanowi w Finlandyi pospolity środek, używany do tępienia karaluchów *(blatta orientalis)*. Sublimatu użyto w 3 przyp. morderstwa i w 3 przyp. samobójstwa. Zmiany przy sekcyi były swoiste. Rzadki przypadek otrucia dziecka zapomocą ałunu nie przedstawiał żadnych wybitnych zmian anatomicznych, badanie jednak chemiczne wykryło w treści znaczne ilości ałunu. Przypadki częstych otruć fosforem, nie tak częstych zapomocą sinku potasowego, wreszcie przypadki otrucia tlenkiem węgla, chromanem potasu nie przedstawiają jako dość częste większego zajęcia. Przypadek otrucia dziecka łekiem, sporządzonym przez matkę z jagód wilczego łyka *(daphne mezereum)* i nafty odpowiadał przez swój obraz anatomiczny otruciu naftą. Z przypadków otruć środkami odurzajacemi należy przytoczyć przypadek morderstwa, popełnionego na 8-letnim chłopcu przez rozmyślne upojenie go wódką i balsamem rygskim (mocny napój wyskokowy), w którym przy sekcyi wykryto znamiona ostrego zatrucia wyskokiem, przypadek otrucia się octem drzewnym i przypadek otrucia wodnikiem chloralu, w którym obok znacznego obrzęku mózgu i płuc, znaleziono żywe nastrzyknięcie błony śluzowej żołądka, w moczu zaś wykazano kwas urochloralowy.

Z alkaloidów najczęściej użytą była strychnina, potem morfina i makowiec; w jednym przypadku użyto kokainy, którą potem wykryto chemicznie w treści żołądkowej. W przypadku tym uderzało rychłe wystąpienie i wielki stopień stężenia pośmiertnego, mięśnie, zwłaszcza kończyn dolnych, były twarde, jakby z drzewa. Wreszcie zaszedł jeden przypadek otrucia olejkiem św. Jakóba, używanym w Ameryce jako lekarstwo *(St. James oil)* a zawierającym wyciąg wyskokowy z korzeni tojadu *(aconitum)*. Śmierć nastąpiła w $1\frac{1}{2}$ godziny od pożycia trucizny wśród objawów zapadu, wymiotów, sinicy, przy zupełnem utrzymaniu przytomności.

4) Friedländer (z Wiednia). O wpływie narkozy chloroformowej na czynności nerek.

Autor podjął badania nad wpływem narkozy chloroformowej na czynność nerek, badania te wykazały, że po narkozie chloroformowej występuje białkomocz, przyczem wydzielające się białko pochodzi tak z białka krążącego (z krwi), jak i z białka komórek. Znajdywany w moczu ludzi narkotyzowanych nukleoalbumin pochodzi po części z rozpadu tkanki nerkowej, jak tego dowodzi badanie osadu moczowego. Upośledzenie czynności nerkowej objawia się zatem białkomoczem i w największej liczbie przypadków przemija.

5) Dr. Haberda i Dr. M. Reiner (z Wiednia). Przyczynki krytyczne i doświadczalne do nauki o śmierci przez powieszenie.

Jak wiadomo, długo nieznano przyczyny szybkiej utraty przytomności u powieszonych. Dopiero Hofmann wyjaśnił ją doświadczeniem, wykazującem zaciśnięcie tętnic głowowych, również żył i nerwów szyjnych. Przeciwko temu tłómaczeniu nie podniósł przez długi czas nikt głosu, dopiero pierwszy Ignatowski (zobacz referat *Przegl. lek.* r. 1893) wystąpił przeciw niemu z zarzutem, iż ono sprzeciwia się doświadczeniu przy sekcyach, które nie wykazuje zawsze niedokrewności mózgu, jakiejby się należało spodziewać w myśl teoryi Hofmanna, lecz najczęściej prawidłową ilość krwi w mózgu, ba! nawet przekrwienie. Na mocy swych doświadczeń podaje Ignatowski odmienne tłómaczenie. Praca autorów, o której mowa, zbija zarzuty Ignatowskiego jako nie-

słuszne a nadto wyjaśnia w dalszym ciągu rychłą utratę przytomności.

Na mocy doświadczeń dochodzą autorowie do wyników: Nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, iż tętnice dogłowowe ulegają przy powieszeniu zaciśnięciu i to takiego stopnia, że aby przez miejsce zaciśnięte przepchać płyn, trzeba użyć parcia przenoszącego znacznie maximum parcia krwi w tętnicy, tj. trzeba użyć parcia = 250 do 300 mm. rtęci. Bardzo często ulegają także i tętnice kręgowe zaciśnięciu w miejscu, w którem one, opisując łuk przy przejściu z otworu poprzecznego drugiego kręgu szyjnego do takiegoż otworu kręgu pierwszego, i przy przejściu z kręgu pierwszego do otworu wielkiego kości potylicznej, znajdują się nie osłonięte kością tylko częściami miękkiemi. Zaciśnięcie tętnic kręgowych następuje zawsze przy typowem założeniu pętli wisielczej. Te doświadczalnie wykazane okoliczności tłómaczą dostatecznie rychłą utratę przytomności u powieszonych.

W chwili powieszenia może ustać czynność serca w okresie rozkurczu. Czy jednak ustanie czynności serca jest następstwem mechanicznego zadraźnienia nerwu błędnego, wywołanego pętlą wisielczą, czy też zadraźnienia nerwu błędnego w drodze odruchowej przez nerw krtaniowy, nie można teraz rozstrzygnąć. To zadraźnienie nerwów szyjnych jest w stanie przyspieszyć utratę przytomności, jeżli tętnice nie uległy dokładnemu zaciśnięciu, a nadto przedłuża ono okres zamartwicy. Spostrzeżenie Ignatowskiego, że zadraźnienie urazowe nerwu krtaniowego tamuje ruchy oddechowe, jest bardzo prawdopodobne; natomiast uciskowi mózgu nie można przypisać żadnego wpływu na przebieg objawów przy śmierci z uduszenia. (Ciąg dalszy nastąpi).

Haberda: Kilka słów o zwłokach w wodzie.

Autor zwraca uwagę na to, iż zwłoki osób w wodzie utopionych, bądź też zwłoki do wody wrzucone nie zawsze opadają na dno, lecz często w wodzie się unoszą a to nawet w ten sposób, że swemi częściami ciała sterczą nad powierzchnią wody. Sytuacya zwłok w wodzie zależy od różnych czynników, zwłaszcza zaś od gazów. Klatka piersiowa i brzuch, jeżeli jest gazem wzdęty, unoszą się ku powierzchni.

Wypływanie zwłok zatopionych zależy po części od prądu wody, który je unieść może na miejsca płytkie, po części od postępu gnicia. Zwłoki zaś gniją w wodzie prędzej, jeżeli woda jest zanieczyszczona, stojąca i ciepła, ztąd też latem zwłoki w wodzie o wiele prędzej gniją, tem samem prędzej wypływają na powierzchnię. Wreszcie zależy szybkość gnicia od składu chemicznego wody. Jeżeli zwłoki długo leżały w wodzie, ulegają przemianie tłuszczo-woskowej, która najpierw ukazuje się w tych miejscach, gdzie najwięcej jest rozwiniętą podściółka tłuszczowa, zatem na policzkach, brzuchu, udzie i t. d. Tłuszczowosk zachowuje kształty zwłok do tego stopnia, że można mimo znacznej zmiany rozpoznać w zwłokach płeć.

W wielu doświadczeniach swych nad tą sprawą nie pominął autor badań, odnoszących się do znamion, któreby pozwalały oznaczyć czas, od jakiego zwłoki przebywały w wodzie. Uwzględnia on w pierwszym rzędzie tworzenie się skóry praczek, co następuje tem rychlej, im grubszą jest warstwa zrogowaciałego przyskórka na rękach, stopach, kolanie. Po 10 dniach spoczywania zwłok w wodzie, dają się oddzielić paznogcie wraz z przyskórkiem rąk na sposób rękawiczki już za użyciem miernej siły, po upływie zaś 2 do 3 tygodni oddzielają się same.

Bardzo przydatnemi do ocenienia czasu, jak długo zwłoki przebywały w wodzie, okazują się poszukiwania pasożytów roślinnych, które osadzają się i rosną na powierzchni ciała zwłok. Zwłoki leżące przez 4 do 5 dni w wodzie okazują czasem plamy fiołkowe pochodzące od kolonii *bacillus violaceus*, również rozpoczyna się bujanie alg w postaci falistej pilśni, która po upływie 2 tygodni tak bujnie porasta na powierzchni zwłok, że czyni ich zarysy niewyraźnymi niezgrabnymi. Pilśń ta składa się z nitek grzybów *phycomycetes*, z gatunków *beggiatoa*, *leptomitas*, *cladothrix*, wreszcie krótkich a cienkich prątków i żywo wirujących ameb. Czasem pilśń ta zawierająca szlam i piasek jest zabarwioną rdzawo przez wodnik żelazowy. Czasem obok *phycomycetes* spostrzega się prawdziwe algi, mianowicie *diatomaceae*. Autor dochodzi w badaniach swych nad rozwojem tych pilśni na zwłokach do przekonania, że brak ich dowodzi przy uwzględnieniu reszty znamion, iż zwłoki nie leżały w wodzie więcej niż 6 lub 7 dni. *(Vierteljschr. f. ger. Med.* 35. IX. 1. 1895). *Wachholz.*

Dittrich: Z kazuistyki udarów z gorąca *(Hitzschlag).*

Autor zwraca uwagę na zmiany anatomiczne, jakie dostrzegł w licznych a przez siebie sekcyonowanych przypadkach udaru z gorąca. Otóż dostrzegł on liczne wynaczynionki po części w błonach śluzowych n. p. żołądkowej i spojówkowej w tkance podskórnej powłok czaszkowych w błonach surowiczych a już przedewszystkiem pasmowate podbiegnięcia pod wśródsierdziem. Tej ostatniej zmianie przypisuje on wartość patognomoniczną dla udaru z gorąca. Udarowi z gorąca ulegają zazwyczaj, wedle doświadczenia autora, ludzie dotknięci otłuszczeniem serca, które stanowi pośrednią przyczynę śmierci. Autor popiera swe spostrzeżenia dawniejsze nowym przypadkiem, tyczącym się pewnego gimnastyka, który w czasie wykonania ćwiczenia na drążku pewnego parnego lipcowego wieczoru padł nagle i wkrótce życie zakończył. Przy sekcyi nie znaleziono żadnych obrażeń ani zmian nad wyżej przytoczone i stłuszczenie serca. Zdaniem autora, nie byłaby nastąpiła śmierć pośrednio z porażenia serca dotkniętego otłuszczeniem, gdyby ów gimnastyk nie był wysilił się fizycznie i gdyby ciepłota owego wieczoru nie była względnie wysoką a powietrze parne. *(Zeitschrift f. Medicinalbeamte.* 1895. Nr. 2). *Wachholz.*

Chirurgia.

Rottor: Przyczynek do całkowitego wycięcia krtani.

R. twierdzi, że przyczyną tego, iż stosunkowo rzadko robi się tę operacyę, jest nietylko wielka po niej śmiertelność (80%), ale więcej jeszcze bardzo przykre dla chorego leczenie następowe. Dolegliwości te w leczeniu następowem pochodziły stąd, że po operacyi powstawała rana, będąca w styczności z jamą połykową, wskutek czego trzeba było chorego żywić zapomocą zgłębnika, tudzież gazę, którą rana była wytamponowana, zmieniać bardzo często, czasem kilka razy dziennie. Pierwszy starał się temu zapobiedz Bardenheuer przez oddzielenie rany od jamy połykowej ścianą, którą otrzymywał przez zeszycie błony śluzowej. Ścianka ta jednak nie była dość mocną, szwy puszczały często. Poppert chcąc tego uniknąć, zeszywał błonę śluzową podwójnym szwem piętrowym, R. zaś zeszył jeszcze ponad błoną śluzową mięśnie przecięte przy wycinaniu krtani. W ten sposób uzyskał ścianę dość mocną, oddzielającą ranę od jamy połykowej. Chory w ten sposób operowany, mógł zaraz po operacyi sam się żywić, zakładanie zgłębnika wcale nie było potrzebnem, tak samo częsta zmiana gazy w ranie. Po 7. dniach opuścił już chory łóżko. W końcu opisuje R. sztuczną krtań, którą następnie choremu założył. *(Berl. klin. Woch.* Nr. 6. 1895). *Dr. Rościszewski.*

Bayer (z Pragi). **Obumarcie główki kości udowej po krwawej operacyi zwichnięcia wrodzonego w stawie biodrowym.**

Autor podaje wynik 2 operacyi przypadków zwichnięcia wrodzonego (*luxatio congenita*) w stawie biodrowym sposobem Hoffy. W pierwszym z nich był wynik o tyle dobry, że dziecko chodzi lepiej po operacyi, niż przed nią, ale zupełnie dobrze także nie, chód jest niepewny. W drugim zaś przypadku nastąpiła śmierć wskutek ropienia w stawie powstałego po obumarciu główki i części szyjki kości udowej. Dziecko to przebyło wprawdzie na kilka dni przed operacyą zapalenie gardła, przy sekcyi zaś znaleziono zmiany gruźlicze w gruczołach limfatycznych koło oskrzeli, wszystko

to mogło się przyczynić do nieszczęśliwego wyniku, ale w każdym razie przypadek ten dowodzi, że po operacyi Hoffy zdarzyć się może obumarcie główki ze wszystkiemi następstwami. Ponieważ więc w przypadkach dobrego wyniku po operacyi i tak zupełnie dobrze dziecko nie chodzi, a operacya, jak się autor miał sam sposobność przekonać, nie jest bez niebezpieczeństwa, przeto B. skłania się więcej do leczenia tego cierpienia bez operacyi. *(Centralblatt f. Chirurgie* 48. 1894). *Dr. Rościszewski.*

Zapiski terapeutyczne.

25. J. Sasse (w Zaandam w Holandyi): Olejek terpentynowy przeciw krwotokom. Idąc za zaleceniem Roesego i Hymansa przekonał się autor, iż olejek terpentynowy na wacie do miejsca krwawiącego zastosowany bardzo dzielnie tamuje krwotoki po wyrwaniu zęba. Naprowadziło go to na myśl spróbowania olejku terpentynowego także w szkorbucie; próba wypadła pomyślnie. Po pomazywaniu dziąseł środkiem przerzeczonym, trzymaniu go przez niejaki czas w ustach i zadawaniu wewnętrznem ustały powoli wszystkie krwotoki, nawet z pęcherza moczowego. Również okazał się autorowi i innym znanym mu kolegom skutecznym olejek terpentynowy, zadawany wewnętrznie w hematuryi, mającej swe źródło czy to w pęcherzu czy w nerkach.

Na podstawie przeto tych swych spostrzeżeń zaleca autor olejek terpentynowy do dalszych prób w krwotokach. *(Ther. Mtshefte.* Luty 1895).

26. Léméré: Wyciąg paproci samczej eterowy zaleca autor przeciw tasiemcowi w formie:

Rp. *Exti filicis maris aetherei* 6·00
Hydrargyri chlorati (calomelanos) vapore parati 0·60
Aquae destil.
Syrupi gummosi $\overline{aa}$ 16·00
Gummi arabici q. s.
ut f. emulsio.

DS. Zakłóciwszy dobrze zażyć rano na raz.

W dniu poprzednim winien pacyent żywić się tylko mlekiem i zachowywać się spokojnie po zadaniu leku, który ma w 30 do 35 minut po zażyciu wypędzać tasiemca.

Dla dzieci od 6 do 12 lat wynosi dawka wyciągu paproci 4·00 a kalomelu 0·40. *(Journal de Pharm. et Chimie.* Tom 30. Nr. 9).

27. Lindén: Leczenie kiły wstrzykiwaniami kalomelu i salicylanu rtęciowego. Na podstawie doświadczenia w więcej niż 100 przypadkach przychodzi autor do wniosku, że wstrzykiwania kalomelu działają bardzo rychło, ale wywołują często ropnie i nacieki a nadto nie wpływają tak trwale na przebieg choroby jak wstrzykiwania salicylanu rtęciowego, które wprawdzie potrzebują dłuższego stosowania, jednak miejscowo o wiele mniej drażnią. W ogólności przeto do wstrzykiwań nadaje się więcej salicylan rtęciowy niż kalomel, któremu znów należy się pierwszeństwo, gdy zależy na skutku rychłym. *(Archiv fur Dermatologie und Syphilis.* Tom 27. Nr. 2).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

XIX. Zgromadzenie ogólne członków w dniu 6. Lutego 1895.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Obecnych członków 20.

1) Protokół z ostatniego Zgromadzenia ogólnego, drukowany w Nrze 17. *Przeglądu lekarskiego* w r. 1894. przyjęto bez odczytania.

2) Przewodniczący zwracając uwagę, że Wydawnictwo za jego inicyatywą założone i bez przerwy pod jego przewodnictwem zostające rozpoczęło obecnie dwudziesty rok swego istnienia, daje ogólny pogląd na działalność dotychczasową Towarzystwa. Wydawnictwo wydało 17 dzieł po największej części oryginalnych a właściwie dzieł 18, licząc w to drugie wydanie hydroterapii Doc. Dra Smoleńskiego a oprócz tego dwie serye *Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej.*

W roku 1894. ukończono druk obszernego dzieła oryginalnego, ozdobionego bardzo licznemi rycinami p. t.: *Nauka o chorobach kobiecych* (ginekologia) przez Dra Władysława Bylickiego we Lwowie. Dzieło to rozesłane zostało członkom i prenumeratorom jako bezpłatne premium za r. 1894 i 1895. Oprócz tego ukończono druk seryi II. *Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej* a ostatnie dwie rozprawy: Dra Ludomiła Korczyńskiego *O chorobie Basedowa* i Doc. Dra Wachholza *Sekcya sądowo-lekarska, protokół i orzeczenie* rozesłane zostały Członkom i Prenumeratorom jako reszta bezpłatnego premium za rok 1892. Obecnie drukuje się dzieło obszerne prof. Dra Jordana pod tytułem *Patologia i terapia ciąży, porodu i połogu,* które stanowić będzie dokończenie wydanego w r. 1881 dzieła tegoż autora p. t.: *Fizyologia i dyetetyka ciąży, porodu i połogu.* Dzieło to przeznaczone jest jako bezpłatne premium dla Członków i Prenumeratorów za r. 1896.

Rozprzedaż dzieł postępuje prawidłowo, nawet dzieła dawniejsze się rozchodzą, nowsze zaś poszukiwane bywają tak, że wkrótce zajdzie potrzeba przygotowania drugich wydań. Zapasowych egzemplarzy *Nauki o operacyach położniczych* Doc. Dra Brauna, jak niemniej *Podręcznika chorób żołądka* prof. Dra Jaworskiego, prawie już nie ma.

Wydawnictwo przesyła wielu Towarzystwom dzieła swe bezpłatnie, uczniom zaś medycyny odstępuje po cenach bardzo zniżonych. Mimo to zwrot nakładów był w r. 1894 większy, niż poprzednio, co pozwala tuszyć, że przy dalszem poparciu ze strony lekarzy Wydawnictwo, mając zapewnione fundusze na wydawanie nowych dzieł, będzie mogło skuteczniej wywiązywać się ze swego zadania.

Stosunek Wydawnictwa krakowskiego z innemi wydawnictwami polskiemi i z redakcyami czasopism polskich i w r. 1894. był bardzo przyjazny a opierał się na wzajemnem popieraniu wspólnej sprawy.

Zwiększająca się liczba prenumeratorów świadczy również o korzystnym rozwoju Wydawnictwa. Z końcem roku 1894. było: członków honorowych 3, czynnych 95, prenumeratorów 142, razem 240. W roku 1894. ubyło 2 członków czynnych; przybył jeden czł. czynny i 15 prenumeratorów. Z końcem 1894. r. Wydawnictwo liczy więc członków: honorowych 3, czynnych 94, prenumeratorów 157, razem 254 czyli o 14 więcej, niż z końcem r. 1893.

Na powszechnej Wystawie krajowej we Lwowie Wydawnictwo otrzymało medal srebrny wraz z dyplomem, wystawionym na ręce przewodniczącego. Odznaczenie to jest już piątem z rzędu, otrzymanem na wystawach krajowych i lekarskich.

Sprawozdanie to przyjęto z uznaniem do wiadomości.

3) Przez powstanie oddano cześć zmarłym członkom: Drowi Arztowi Emanuelowi i Drowi Rollemu Józefowi.

4) Przyjęto do wiadomości, że Komisya kontrolująca znalazła rachunki z r. 1893. w porządku; uchwalono Zarządowi udzielić absolutoryum za r. 1893. a do zbadania rachunków z r. 1894. wybrano tę samą Komisyę w osobie prof. Dra Walentowicza i Dra Buzdygana.

5) Wyrażono Drowi A. Wachtlowi we Lwowie podziękowanie za trud poniesiony przy urządzeniu przedmiotów na Wystawie lwowskiej a Drowi Ludomiłowi Korczyńskiemu i Drowi Walentemu Jeżowi za zajmowanie się sprzedażą dzieł studentom medycyny.

6) Na wniosek Przewodniczącego uchwalono pomimo zgłaszanych i zapowiedzianych dalszych prac zaniechać na razie wydawnictwa *Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej* i seryi III. nie rozpoczynać, a to z powodu, że zwrot nakładu pierwszych dwóch seryj powoli bardzo postępuje.

7) W myśl § 30. obowiązującego Statutu przystąpiono do wyboru Wydziału na dalsze dwulecie. Z wyjątkiem Dra Grabowskiego, w miejsce którego wybrany został prof. Dr. Jaworski, wybrano jednomyślnie dotychczasowy Wydział w następującym składzie: prezes prof. Dr Korczyński, Wiceprezes prof. Dr. Oettinger, Członkowie Wydziału: prof Dr. Halban, prof. Dr. Jaworski, Dr. Kwaśnicki, Dr. Surzycki i prof. Dr. Pieniążek. Zastępcy członków Wydziału: prof. Dr. Domański, prof. Dr. Glaziński, prof. Dr. Obaliński, Dr. Radecki i Dr. Wiszniewski.

8) Nie dającą się zrealizować kwotę 9. złr. 03 kr. uchwalono wykreślić już w rachunku za rok 1894.

9) Administrator i podskarbi składa sprawozdanie kasowe, które przyjęto do zatwierdzającej wiadomości, a z którego wynika: Dochód w r. 1894. wynosił 1597 złr. 31 kr. (a mianowicie wkładki wstępne

20 złr.; składki roczne 651 złr. 42 kr., odsetki 118 złr. 34, dochód z ogłoszeń 20 złr., dochód ze sprzedaży dzieł i rozpraw 787 złr. 55). Rozchód wynosił 1048 złr. 04 (a mianowicie koszta Wystawy lwowskiej 40 złr. 07 kr., reszta nakładu ginekologii Dra Bylickiego 466 złr. 91 kr., — cały nakład dzieła tego kosztował 1247 złr. 67 kr. — reszta kosztów nakładu Rozpraw 117 złr. 54 kr., zaliczka na druk dzieła prof. Jordana 200 złr., odezwy własne 13 złr. 38 kr., rozsełka dzieł 26 złr. 22 kr., pensya administratora 150 złr., za depozyt w Kasie Oszczędności 19 złr 89 kr., wydatki porztowe i kancelaryjne 9 złr. 03 kr.). Nadwyżka dochodu wynosi więc 554 złr. 27 kr. Majątek wydawnictwa wynosi 6877 złr 19 kr., z czego w obligacyach propinacyjnych 2711 złr. 80 kr., w akcepcie wekslowym 3000 złr., w Tow. Zaliczkowem 665 złr. 39 kr. Składki zaległe wynoszą 583 złr. Wartość dzieł niesprzedanych 2200 złr. 37 kr., Rozpraw nie rozprzedanych 1480 złr. 52 kr.

10) Administrator i podskarbi przedkłada wykaz zwrotu nakładów poszczególnych dzieł, co do zatwierdzającej przyjęto wiadomości.

Sekretarz: *Dr. J. Surzycki.*

VI.

Z powodu artykułu prof. Rydygiera O dopuszczeniu kobiet do studyów lekarskich.

Podał

Prof. N. Cybulski.

Usłyszeć „kilka słów poważnych" jest zawsze przyjemnie, a już niewątpliwie można pożądać, jeżeli idzie o sprawę, którą sam prof. Rydygier uznaje za ważną i wypowiada o niej te słowa w fachowem piśmie.

Nie wiem, jakie wrażenie artykuł prof. Rydygiera sprawił na innych czytelników *Przeglądu lekarskiego*, co do mnie, przyznać się muszę, że właśnie tej obiecanej powagi w słowach prof. Rydygiera dopatrzeć się nie mogłem.

Jakkolwiek prof. Rydygier w dopisku oświadcza, że traktuje rzecz „tylko ze stanowiska lekarskiego i potrzeb studyów lekarskich", to jednakże na wstępie spieszy się odrazu wypowiedzieć swoje zdanie, że zasadniczo „równouprawnienie kobiet z mężczyznami jest nonsensem"; atoli dowody, które przytacza następnie na uzasadnienie swego zdania, nie tłómaczą nam bynajmniej, w jakim związku pozostaje wyższe w ogóle, lub specyalne wykształcenie kobiet w medycynie, z kompletnem ich równouprawnieniem z rodzajem męzkim i dlaczego mianowicie szerszy zakres wiedzy lub wiedzy specyalnej u kobiet ma być także „nonsensem" lub do nonsensu prowadzić. Sprawa wyższego wykształcenia kobiet jest do pewnego stopnia nową przecie tylko u nas, gdy prawie w całej Europie już dawno rozstrzygnięto ją na korzyść kobiet. Nie tylko uniwersytety francuskie i szwajcarskie, ale jak wiadomo, w Anglii, w Szwecyi i Norwegii, dopuszczają kobiety na równi z mężczyznami do studyów a mimo to nie spotkałem w literaturze żadnych dowodów, ażeby te studya dały powód kobietom do aspiracyi ku równouprawnieniu kompletnemu z mężczyznami Zupełne równouprawnienie kobiet i prawo zdobywania uniwersyteckiej nauki są, według mego zdania, dwie rzeczy odrębne i nie wypada je utożsamiać.

Podnosząc tedy kwestyę, która gdzieindziej jest już dawno rozwiązaną, i występując przeciwko takiemu rozwiązaniu, prof. Rydygier mógł zużytkować cały szereg faktów, zebranych doświadczeniem w tych krajach. Takiego przynajmniej traktowania sprawy można było oczekiwać już na podstawie samego tytułu, tymczasem cóż spotykamy w artykule prof. Rydygiera? Szereg zarzutów, opierających się wyłącznie tylko na osobistem zapatrywaniu i prawie nic ponad to.

W kwestyach społecznych podobnie, jak i w naukowych, mogą bezwątpienia mieć niekiedy znaczenie i osobiste zapatrywania, lecz w tym przypadku potrzeba, ażeby te osobiste zapatrywania opierały się na osobistem doświadczeniu, słowem, na faktach, które się zdobyło własną obserwacyą; o takiem doświadczeniu prof. Rydygier wcale nie wspomina; w skutek tego osobiste zapatrywanie nie poparte żadnymi faktami a wynikające li tylko z wewnętrznego przekonania, jako czysto subjektywne, właściwie nie mogą być przedmiotem dyskusyi, bo to wewnętrzne przekonanie jest zwykle ślepe i głuche nawet na fakty: w takim razie, jeżeli się ścierają przeciwne zdania, może chodzić tylko o osoby trzecie i przed *forum* tych trzecich osób wypada wytoczyć albo fakty, które tym zapatrywaniom przeczą albo zapatrywania i przekonania innych ludzi, słowem, wypada oświetlić kwestyę z innej strony.

I tak prof. Rydygier w samem dopuszczeniu kobiet do studyów lekarskich upatruje głęboko sięgającą reformę „przyrodzonego i wiekami uświęconego ustroju społecznego". Z twierdzenia tego wynikałoby, że społeczeństwa a raczej ustroje społeczne są zakute w jakieś stałe formy, które nie ulegają żadnym przeistoczeniom. Czyż tak jest w rzeczywistości? Czy ktokolwiek zaprzecza dzisiaj, że istnienie ustrojów społecznych polega na ciągłej i nieprzerwanej ich ewolucyi? Otóż dzięki właśnie tym ewolucyom i prawa kobiety ulegają ciągłej zmianie a historyczne przekształcenie tych praw wyraża się już dzisiaj znacznem rozszerzeniem zakresu społecznej działalności kobiet. Czy w dalszym rozwoju życia społecznego nastąpi zupełne równouprawnienie kobiet, nie wiem, lecz z pewnością mogę twierdzić, że dzisiejsze te lub owe postulaty kobiet i ich dążenia są tylko następstwem tej ewolucyi społecznej i nie pozostają w sprzeczności z żadnem prawem natury. Że kobieta jest człowiekiem, chyba temu prof. Rydygier nie przeczy a jeżeli tak jest, to w całej jej organizacyi obok specyalnych narządów, które ją od mężczyzn różnią, muszą być także cechy ogólno-ludzkie. Wszelkie starania skierowane ku temu ażeby wykazać, że kobiety w budowie i organizacyi swojego układu nerwowego różnią się od mężczyzn, do dziś dnia, jak wiadomo, spełzły na niczem; chwytano się nawet wagi mózgu i sądzono, że się potrafi udowodnić, iż w stosunku wagi mózgu do wagi ciała zachodzi pewna różnica, lecz i ta droga zawiodła; mózg Moleschotta, który głównie tę myśl propagował, ważył mniej niż średni mózg praczki monachijskiej a mózg Gambetty okazał się mniejszym od średniego mózgu szwaczek paryzkich. Wobec więc braku dowodów różnicy, wypada przyjąć prostsze przypuszczenie podobieństwa i zgodzić się na to, że organizacya mózgu kobiety zasadniczo nie różni się od organizacyi mózgu mężczyzn, z czego z kolei wynika, że i umysł kobiety może nie przedstawiać zasadniczych różnic.

Przypuszczam, że prof. Rydygier nie będzie twierdził, jakoby nauka posiadała tę tylko zaletę, że prowadzi do „zaszczytów, godności i znaczniejszych dochodów"; są bowiem i niewątpliwie byli ludzie, którzy dążąc do nauki, nie mieli na względzie tych jej skutków, nie dostąpili ani zaszczytów, ani dochodów i w rzeczywistości z nauki nic sko-

rzystali, lecz właśnie ci ludzie służą za dowód, że nauka i bez tego może pociągać ku sobie, że ona posiada w sobie coś, co sprawia moralne zadowolenie człowiekowi i uprzyjemnia mu życie. Ten popęd do nauki, jako źródła moralnego zadowolenia, objawiający się w najrozmaitszych postaciach, jest objawem wrodzonym u lepszych jednostek i oczywiście nie ma żadnej racyi przypuszczać, ażeby on nie mógł się obudzić zarówno w umyśle kobiety, jak i mężczyzny. W rzeczywistości też od czasów starożytnych aż do naszych niejednokrotnie zjawiały się jednostki wśród kobiet, które takim popędem się odznaczały. Wprawdzie dzisiejsze stosunki społeczne spaczone a właściwie przykrojone do tych stosunków, wychowanie kobiet klasy inteligentnej sprawiają, że u kobiet spotykamy go rzadziej niż u mężczyzn, lecz z tego bynajmniej nie wynika potrzeba tamowania go tam, gdzie on się objawia. Ja nie znam praw natury, któreby przeszkadzały człowiekowi szukać zadowolenia w rozszerzeniu swojej wiedzy, w obserwacyi lub badaniu przyrody. Przekonany jestem, że przepisy klasztorne nie nakazywały Kopernikowi zajmować się badaniem gwiazd i zgłębiać prawa ich ruchu. Właśnie ten bezwiedny popęd i to wewnętrzne zadowolenie, którego on dostarcza, był przyczyną, że wbrew przeszkodom a może i przepisom Kopernik badania te prowadził. I dlaczegoż podobnych popędów nie przypuścić u kobiet, przynajmniej u pewnych jednostek, których umysł jest lepiej, być może w skutek dziedziczności po ojcu, uposażony, niżeli u innych?

Lecz gdy nie można się dopatrzeć sprzeczności z prawami natury, jeżeli się wśród kobiet trafiają jednostki, które się garną do zdobycia wiedzy, to odbiera się niewątpliwie wrażenie strasznego pogwałcenia praw natury, jeżeli profesor uniwersytetu staje na stanowisku potrzeby ograniczenia rozpowszechnienia nauki, ktokolwiek po nią sięga. A cóż mówić o tem, gdy odmawia jej kobiecie i wpada w trudną do pojęcia sprzeczność ze sobą, gdy z jednej strony skazuje kobietę „na dom" i wychowanie dzieci, z drugiej odmawia jej prawa kształcenia swego umysłu. Czyż kobieta, nie rozumiejąca zadań i stosunków społecznych, nie pojmująca zasad, któremi się kieruje mąż, potrafi wszczepić te zasady nowemu pokoleniu? Przecież choć w osobie najlepszych i najzdolniejszych przedstawicielek kobiety powinny rozumieć cały stan danej ewolucyi społecznej i wszystkich zadań danej doby. Zresztą i samo pożycie kobiety w małżeństwie nawet nie ma za zadanie tylko reprodukcyi rodzaju ludzkiego; rodzina przecież, jako żywy element naszego społeczeństwa, wciąż oddziaływa czynnie na zewnątrz i posiada nawet wartość w tym przypadku, kiedy jest bezdzietną; że w tej roli społecznej wykształcenie kobiety ma pewne znaczenie, chyba także nikt nie zaprzeczy.

Lecz prof. Rydygier, mając na względzie tylko dopuszczenie do studyów lekarskich, odmawia kobiecie nietylko prawa, ale nawet uzdolnienia do całego szeregu czynności lekarskich a głównie nie widzi najmniejszej potrzeby kobiety-lekarza. Rozważmy najsamprzód, czy rzeczywiście ma słuszność w tym ostatnim względzie?

W twierdzeniu tem, mnie przedewszystkiem razi sprzeczność w słowach prof. Rydygiera. Z jednej strony troszczy się on o stronę moralną Polek i uważa prawie za rzecz niemożliwą, ażeby kobieta Polka mogła studyować całą medycynę a więc i specyalne choroby męzkie, z drugiej strony nie dba wcale o inne kobiety i młode dziewczęta, które w razie chorób specyalnie kobiecych mają być badane wyłącznie tylko przez mężczyzn.

Nie wchodzę w to, jakie są w ogóle zapatrywania na tę kwestyę, ja osobiście uważam to za rzecz grubego barbarzyństwa, że młode kobiety i niewinne panny w cierpieniach specyalnie kobiecych, zmuszone są zasięgać rady mężczyzn; jest to już prawdziwem pogwałceniem praw natury zmuszać człowieka do pokonywania w sobie w całości wrodzonego mu uczucia wstydu i mam przekonanie, nawet oparte na doświadczeniu, że nieraz ociąganie się rodziców lub młodej kobiety z zasięganiem rady lekarza-mężczyzny jest przyczyną rozmaitych cierpień chronicznych, często w skutek spóźnienia nieuleczonych. Zdanie to mógłbym poprzeć opinią nawet kilkudziesięciu lekarzy niemieckich.

Gdyby więc i w rzeczywistości nie zachodziła potrzeba ze względu na ilość lekarzy, to ze względu na samą płeć kobiecą byłoby pożądanem, aby obok lekarzy-mężczyzn tu i owdzie byli lekarze-kobiety, do których mogłyby się chronić właśnie te jednostki, które jeszcze nie utraciły zupełnie tak opiewanej przez poetów wstydliwości kobiecej.

Zresztą, jak już zauważyłem wyżej, nie jest to moje zdanie odosobnione, oto wyjątek z referatu pana Szokalaya wypowiedzianego na kongresie higienicznym w Peszcie w roku ubiegłym:

„Ważna okoliczność ta (śmiertelność kobiet mahometanek) nie uszła uwagi bośniackiego rządu, który postarał się zmniejszyć złe przez zaprowadzenie kobiecej pomocy lekarskiej. W ten sposób Bośnia wyprzedziła wiele europejskich państw, gdzie dotychczas zajmowanie się praktyką lekarską przez kobiety nie jest zaprowadzone, jakkolwiek rzecz ta dla kobiet i dziewcząt byłaby zbawienna".

Również pan minister oświaty w Węgrzech [1]) „poruszając kwestyę wyższego wykształcenia kobiet, powiedział, że kobiety kwalifikują się nader na lekarki kobiet i dzieci, a niemniej na aptekarki".

Zdania tych ludzi, być może zrównoważą opinię pana Dobrna, na którą powołuje się prof. Rydygier.

Wracając do głównego zarzutu, że siły i zdolności umysłowe kobiet nie dozwolą na wykonywanie praktyki lekarskiej, pozwalam sobie tylko zauważyć, że wszelkie teoretyczne w tym względzie rozumowania są zbyteczne, skoro istnieje materyał doświadczalny. Wszak tysiące kobiet praktykuje już od lat kilkunastu, wystarczy więc przyjrzeć się ich praktyce lub zasięgnąć opinii u osób, które je podczas praktyki obserwują i z tego materyełu wyciągnąć wnioski. Oto jest zdanie prof. Gaulego [2]): „Co się tyczy zimnej krwi, zręczności, spokoju podczas eksperymentowania i wiwisekcyi kobiety stoją na równi, podobnie jak i we wszystkich praktycznych rzeczach, ze swymi męzkimi kolegami i nie są od nich ani lepsze ani gorsze.... Wśród nich (kobiet-lekarek) są niektóre bardzo dzielne i społeczeństwo ich działalność w ogóle uznaje za dobrodziejstwo. Żona naszego znakomitego geologa Heima ma wielką praktykę w kołach profesorskich, ona właśnie dwukrotnie rozwiązała moją żonę ku mojemu kompletnemu zadowoleniu; inna młoda lekarka przeprowadziła poród mojej szwagrowej i prędko zdobyła sobie

[1]) *Gazeta lwowska* Nr. 27. z r. 1895.

[2]) Jahresbericht des Vereines für erweiterte Frauenbildung in Wien. V. p. 31.

wielką praktykę w najlepszych kołach. Widziałem n. p. jak pani profesorowa Heimowa przeprowadziła poród kleszczowy z najzupełniejszym spokojem i zupełnie wystarczającą siłą, z wprawą doświadczonego praktyka.

Pytacie się, czy ciąża i t. p. nie sprowadzają przerw w praktyce, otóż wyżej wspomniana dama powiła swojemu mężowi kilkoro dzieci i w skutek tego kilka razy zmuszoną była swoją praktykę czasowo przekazać młodszym koleżankom, lecz podobne przerwy zachodzą także u lekarzy-mężczyzn z innych powodów a przecież nie sprawia to wrażenia czegoś osobliwszego.

Na zakończenie donoszę jeszcze, że w skutek postanowienia rady wychowawczej odtąd kobiety będą przypuszczane także do ciała nauczycielskiego i że już pierwsza kobieta habilitowała się jako docentka dla prawa rzymskiego we wydziale prawniczym".

Oto wyjątek z listu prof. Erismanna[3]): „O ile ja osobiście wiem, widziałem i doświadczyłem, wspólne studya mężczyzn z kobietami nie sprowadzają żadnych niekorzyści, przeciwnie obecność kobiet wywiera bardzo pomyślny wpływ na studentów".

Na pytanie, czy kobiety-lekarki poszukiwane są przez publiczność, odpowiada prof. Erismann: „Tak jest, zarówno w miastach jak i po wsiach wiele kobiet posiada rozległą praktykę, są naturalnie i takie, które nie mają zajęcia, zależy to w wielkiej mierze od przymiotów osobistych. Tam gdzie kobiety zajmują stanowiska płatne przez miasta i kraj, nie wykonywając praktyki prywatnej, nie rzadko bywają przez publiczność bardziej od mężczyzn poszukiwane.

W urzędowem sprawozdaniu petersburgskiego magistratu znajdujemy następujące liczby, odnoszące się do miejskich ambulatoryów: na lekarza-mężczyznę wypada na rok chorych od 5400 do 8000, na lekarza-kobietę od 7000 do 11600".

Na pytanie, czy kobiety dorosły do każdego stanowiska, brzmi odpowiedź: „Działaność kobiet w charakterze lekarzy gminnych, na którem to stanowisku obok szpitala o 10 do 20 łóżek, mają pod swoim dozorem okręg o promieniu 15 i więcej kilometrów z ludnością nie rzadko od 30 do 60 tysięcy, przemawia za tem, iż one dorosły do każdego stanowiska".

Pytanie. Jak się zachowują w praktyce chirurgicznej i położniczej?

Odpowiedź. „Liczne sprawozdania dowodzą, że kobiety wykonywują operacye chirurgiczne i ginekologiczne; to samo czytamy o operacyach ocznych. Niektóre kobiety-lekarki odznaczyły się już podczas wojny jako operatorki, inne zajmują takie posady po wsiach i miastach".

Pytanie. Czy kobietom wystarcza do tego siła fizyczna?

Odpowiedź. „Dowodem *ad hominem*, że kobiety zdolne są do ciężkiej pracy, jest działalność kobiet, zajmujących posady lekarzy gminnych (ziemskich), których praca przedstawia się w sposób następujący: Rano opatrywanie chorych w szpitalu, albo ambulatoryum (od 40—100 chorych), wieczorem odwiedzanie chorych po wsiach (wielka odległość, złe drogi, zmiany powietrza). Jest to praca Herkulesowa, mimo to jednak kobiety wykonywają ją bardzo sumiennie i z całem oddaniem się. Znam kobiety, które od 5—10 lat oddają się podobnej pracy, a przytem czują się zupełnie dobrze, chociaż chwilowo zmęczenie występuje także, jak i mężczyzn w podobnych okolicznościach. Nasze kobiety wytrzymują wogóle tę pracę tak dobrze, jak i mężczyźni".

Na zakończenie przytoczę jeszcze ustęp z listu prof. Miecznikowa[4]): „Co się tyczy kwestyi kobiecej, to mogę wogóle powiedzieć, że od wielu lat nabrałem przekonania, że wyższe studya wogóle, a szczególnie medyczne są połączone dla kobiet z korzyścią. Oprócz takich, które całe życie poświęciły medycynie, istnieje znaczna liczba takich, które praktykę zarzucają, są to przeważnie te, które wyszły zamąż i mają dzieci; w tym przypadku uzyskane wiadomości wywierają wpływ ogromny na życie familijne i wychowanie dzieci".

Oto są fakty, zaczerpnięte z bezpośredniej obserwacyi i podane przez ludzi niewątpliwie godnych zaufania. Zresztą pracę kobiet-lekarek widziałem sam na własne oczy, przez lat parę miałem lekarzem w własnej rodzinie kobietę i na podstawie tego osobistego doświadczenia w interesie prawdy i objektywności musiałbym zaprzeczyć prawie wszystkim twierdzeniom prof. Rydygiera.

A teraz weźmy pod uwagę skalę wymagań, z którą prof. Rydygier się zwraca do kobiet i porównajmy je z tem, co jest w rzeczywistości. Czyż lekarze mężczyźni tej skali odpowiadają? Czyż każdy lekarz wykonywa dzisiaj wszystkie najtrudniejsze, przynoszące zaszczyt dzisiejszej chirurgii, operacye? Wszak z kilkudziesięciu uczniów profesora Rydygiera zaledwie kilku poświęca się chirurgii a i z tych zaledwie mała liczba wyjdzie z czasem dopiero na dzielnych operatorów, gdyż do tego oprócz wiedzy, a nawet zamiłowania potrzeba wrodzonego uzdolnienia, osobnej organizacyi. Tak samo się rzecz przedstawia i z najtrudniejszemi operacyami z zakresu akuszeryi i ginekologii. Wszakże w wyjątkowo trudnych przypadkach w miastach, a nawet profesorowie urządzają konsylia i operują z pomocą asystentów i kolegów; wszakże i dziś, jeżeli się trafia trudny przypadek na wsi, lub w miasteczku prowincyonalnem, albo się wzywa znanych specyalistów, albo, jak w klasie biedniejszej, kobiety giną, niekiedy nawet na ręku lekarza. Lecz inaczej nie jest i być nie może i prawdopodobnie nie będzie, albowiem wobec dzisiejszego stanu nauki lekarskiej i jest niepodobieństwem, ażeby nawet najzdolniejszy lekarz był specyalistą we wszystkich chorobach i posiadał jednakową biegłość we wszystkich rękoczynach. Dlaczegóż tedy tę skalę wymagań stawiać względem kobiety-lekarza?

Na pytanie prof. Rydygiera, w jaki sposób kobieta poradzi sobie na wsi, odpowiedziałem faktami, zaczerpniętymi z rzeczywistości w Rosyi, gdzie kilkadziesiąt kobiet, a kilka znanych mi osobiście, zajmuje posady lekarzy gminnych, gdzie one leczą wszystkich chorych, którzy się zgłaszają, a więc i mężczyzn i gdzie również kiła nie stanowi wyjątku. Jeżeli lekarz-mężczyzna leczy kobiety, to nie rozumiem, co w tem jest tak zdrożnego, że lekarz-kobieta obejrzy lub zbada w pewnych przypadkach mężczyznę.

Jeżeli obok tego, co powiedziałem wyżej, uwzględnimy jeszcze to, że i na polu naukowem pomimo małej liczby poświęcających się nauce, nazwiska kobiet zapisane są poważnie, począwszy od Mme Lachapelle a kończąc na licznych

[3]) l. c.

[4]) l. c.

pracach współczesnych doktorek i przyrodniczek, to z nieubłaganą koniecznością przychodzi się do przekonania, że wszystkie zarzuty prof. Rydygiera nie mają podstawy i są wprost urojonymi.

Pozostaje mi jeszcze jedno pytanie, czy rzeczywiście obecnie są Polki, któreby dążyły do uniwersytetu wogóle a do studyów medycznych specyalnie. Ze sprawozdań uniwersytetów zagranicznych przekonać się o tem trudno z powodu, że Polki figurują w liczbie Niemek lub Rosyanek, ale z prywatnych źródeł, zupełnie wiarogodnych, wiadomo mi, że w roku 1894 tylko na 5 uniwersytetach szwajcarskich było studentek rzeczywistych 275, wolnych zaś słuchaczek 162, razem 437 kobiet, w tej liczbie Polek 41, Szwedek 32, Niemek 23 i Szwajcarek 16. W rzeczywistości liczba Polek, uczęszczających na uniwersytety obce, jest o wiele większą.

Wobec tego już ze względu na dobrze zrozumiany interes naszego społeczeństwa wypadałoby nie wspiętrzać rozmaitych trudności i nie wznosić patetycznych okrzyków „precz z kobietą-lekarzem“, lecz uprzejmie otworzyć podwoje przybytku nauki dla rodaczek, ażeby kość od kości naszej nie poniewierały się na obczyźnie, nie były wystawione na rozmaite przykrości i tęsknotę za krajem i nie wnosiły w łono społeczeństwa po powrocie obcych nam prądów. Dobra sława naszych kobiet na tem ucierpieć nie może, my zaś złożymy dowód dobrych i troskliwych ojców narodu, zapobiegających stracie nawet jednej córy naszego kraju, a nie wątpię, znajdą się z czasem poeci, którzy potrafią opiewać pracę naszych kobiet i ich dążenia do światła nauki równie pięknie, jak dotychczas opiewali ich zalotność i wdzięki zewnętrzne.

VII. † Wspomnienie pośmiertne.

Często, nadzwyczaj często donosimy o śmierci kolegów w pełni sił i wieku, nierzadko dodając, iż padli w spełnianiu obowiązków ciężkich swego zawodu. To też tem przykrzej przychodzi nam dziś zapisać śmierć aż trzech kolegów i to śmierć z tej samej choroby, duru osutkowego. Jakie zaś wrażenie śmierć ich wywołała, świadczą słowa *Gazety lwowskiej:* „Na posterunku wobec skrytego wroga, który corocznie szerzy pomór między ludnością naszego kraju, jednocześnie pada trzech pracowników, którzy mieli śmiałość stanąć do walki z chorobą, nie znającą litości dla ofiar swoich, chorobą, która w szeregach lekarskich corocznie większe czyni szczerby, niż w wojnie kula broni morderczej. Trzy życia zabrała naraz w sile wieku, w zapale do pracy; trzy rodziny niedawno szczęśliwe ciężka pokrywa żałoba. Jeden młody adept zawodu lekarskiego, który jeszcze nie miał czasu otrzymać stopnia akademickiego, zginął na progu swej działalności a obok niego padło dwóch wytrawnych, zdolnych, energicznych pracowników, co niejedne już przebyli burzę i nieraz śmierci w oczy zaglądali.

O pierwszym z nich pisze nam kol. Dr. Mieczysław Hirschler, lekarz powiatowy w Buczaczu: W dniu 10-tym b. m. zmarł czasowy lekarz choleryczny, Drd **Wacław Bohm** na dur osutkowy w Jazłowcu, gdzie też przy współudziale przedstawicieli Władz i wszystkich warstw społeczeństwa został pogrzebany, pozostawiając wdowę i sierotę. W ciągu swej 6-cio miesięcznej czynności lekarskiej wśród groźnego wystąpienia cholery w tutejszym powiecie położył zmarły swą niezmordowaną pracą i gorliwem spełnianiem obowiązków niespożyte zasługi dla ludności i pozyskał sobie ogólną miłość, zaufanie i szacunek. Gdy w jednej z przydzielonych zmarłemu miejscowości wybuchł obok cholery także i dur osutkowy, pielęgnował śp. Wacław i tych chorych z wrodzoną sobie gorliwością bez względu na własne bezpieczeństwo; w ten sposób zaraził się tyfusem i padł ofiarą swego powołania w młodzieńczym wieku, zanim jeszcze owoców swej pracy mógł zakosztować. Cześć jego zacnej pamięci!

Drugim jest Dr. **Ferdynand Cassina**, który otrzymał stopień doktora w r. 1866, był asystentem Uniwersytetu w Krakowie, następnie lekarzem powiatowym w Tarnobrzegu; w r. 1872 powołany do biura sanitarnego Namiestnictwa, około 3 lat prowadził to biuro w zastępstwie chorego, później zmarłego ówczesnego protomedyka. W r. 1875 mianowany członkiem kraj. Rady zdrowia, w której aż do końca życia najgorliwiej pracował. W r. 1878 objął posadę lekarza powiatowego w Przemyślu a w r. 1893 powołany został jako inspektor sanitarny z powodu grasującej w kraju cholery, przyczem nader cenne położył zasługi w miejscach najbardziej zagrożonych. W tym urzędowym charakterze wysłany został z powodu grasującej epidemii cholery i tyfusu, dla których doktorand Böhm był na miejscu z urzędu pozostawionym. Wyjechawszy na inspekcyą do Stadnicy w powiecie buczackim zaraził się tamże durem osutkowym i umarł w dniu 15 b. m.

W sobotę dnia 16 b. m. odprowadzono zwłoki śp. Dra Cassiny na miejsce wiecznego spoczynku. Za trumną, tuż za rodziną postępował JE. p. Namiestnik Kazimierz hr. Badeni, oraz licznie zebrani koledzy biurowi i zawodowi ś. p. Dra Cassiny, pragnąc w ten sposób oddać ostatnią cześć zasługom zacnego lekarza, który padł ofiarą twardego obowiązku.

Trzecim jest Dr. **Antoni Janiszewski**, c. k. lekarz powiatowy w Kamionce Strumiłowej, o którego śmierci donieśliśmy już w ostatnim nrze a o którym pisze nam kol. W. A. Gl.;

Od najmłodszych lat skazany na samopomoc, pierwszy zawsze między rówieśnikami tak w gimnazyum w Brzeżanach, jak następnie w gimn. św. Anny w Krakowie, które ukończył w 1874, wstąpiwszy potem na wydział lekarski Uniw. Jagiell. był prawdziwym wzorem i przykładem jak lata uniwersyteckie przepędzać należy. Niezłomna wola, piękny i prawy charakter, wygórowane poczucie obowiązku jednały mu uznanie i serca wszystkich kolegów. Wszystkie te przymioty wniósł do zawodu swego, któremu oddawał się z całem zamiłowaniem. Jakim był uczniem, takim i lekarzem obywatelem, a jak życie jego było tego dowodem, tak i śmiercią na polu walki, jakby chciał pokazać, że pozostał zasadom życia wiernym aż do grobowej deski. Czy mu ziemia lekką będzie, nie wiem; że zostawił na niej wspomnienie zacnego człowieka, wzorowego lekarza i drogiego kolegi — to pewna. Niech tych słów kilka, ręką kolegi i przyjaciela gimnazyalnego i uniwersyteckiego z głębokim żalem pisanych będzie wspomnieniem po nieodżałowanym Drze Antonim Janiszewskim!

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 21. Lutego 1895.

— Najjaśniejszy Pan nadał Drowi Trzebickyemu, docentowi prywatnemu chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim, tytuł profesora nadzwyczajnego.

Warszawa 12. Lutego 1895.

— Posiedzenie poświęcone uczczeniu pamięci członka honorowego i pierwszego sekretarza stałego warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, ś. p. **Wiktora Feliksa Szokalskiego**, rozpoczął prezes prof. B a r a n o w s k i od wyjaśnienia, dlaczego posiedzenie to odbywa się dopiero teraz, pomimo iż ś. p. Szokalski zmarł przed 4 laty. Zaraz po śmierci postanowiło Towarzystwo lekarskie uczcić pamięć zmarłego przez wystawienie mu pomnika w jednym z kościołów warszawskich i posiedzenie uroczyste. Gdy Towarzystwo zwróciło się do władzy duchownej o wyznaczenie kościoła, w którym by można umieścić popiersie zmarłego, przeznaczono na ten cel kościół św. Aleksandra.

Kościół ten był w tym czasie przebudowywany kompletnie, nie można więc było przed ukończeniem robót pomnika umieszczać; dopiero dziś (12. Lutego) nastąpiło poświęcenie pomnika.

Uroczystość nic nie straciła na odłożeniu, ponieważ w pierwszej chwili po zgonie więcejby zwracano uwagi na stronę uczuciową; tymczasem przy ocenianiu zasług tej miary nie sentyment powinien grać główną rolę. Następnie po bardzo ciepłem skreśleniu życiorysu zmarłego i odczytaniu depesz od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i od redakcyi *Przeglądu lekarskiego* oddał przewodniczący głos koledze Drowi Dobrzyckiemu, który zaczął od zaznaczenia zasług zmarłego dla warszawskiego Towarzystwa lekarskiego. Gdy ś. p. Szokalski w r. 1853. powrócił z za granicy do kraju, zastał ruch naukowy w zupełnym letargu; uniwersytetu w Warszawie wówczas nie było. Szokalski zostawszy członkiem Towarzystwa, potrafił wzbudzić zainteresowanie się kolegów dla tego ruchu, który wrzał za granicą, potrafił zrobić z Towarzystwa owo *centrum*, które zastępowało uniwersytet. Nie było działu wiedzy, którymby się nie zajmował, przemawiał prawie na każdem posiedzeniu, zachęcał młodych do pracy, nie imponując im wcale swoją kolosalną erudycyą. Postarał się o to, żeby Towarzystwo lekarskie w sprawie uzdrowotniania ludu szło ręka w rękę z Towarzystwem rolniczem. To też Towarzystwo już w roku 1857. stworzyło dla niego nowy, najzaszczytniejszy urząd — sekretarza stałego, na którym lat 35 pozostawał.

Ponieważ z powodu zamknięcia uniwersytetu aleksandrowskiego terminologia lekarska polska wcale nie była ustalona, terminy z przed 31. roku wobec olbrzymiego postępu nauki nie wystarczały; sekcya lekarska Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu nie wiele w tej mierze zrobić mogła, w akademii wileńskiej wykłady odbywały się przeważnie w języku łacińskim, uniwersytet krakowski przechodził też wtedy rozmaite fazy. Szokalski zapoczątkował i był jednym z najczynniejszych przy ustalaniu słownictwa polskiego.

Jeżeli się nam wydaje, że dzisiejszy nasz język naukowy stopniowo się urabiał w miarę postępu nauki, to nie jest tak; w znacznej części jest to zasługą Szokalskiego, który potrafił nader trafnie dobierać i tworzyć wyrazy. On też wpłynął na formowanie się terminologii chemicznej i pierwszy zaczął łączyć przyrodników z lekarzami, przez co oczywiście obie strony wiele zyskać musiały.

On był tym, pod którego kierownictwem powstał dom, w którym się mieści Towarzystwo lekarskie warszawskie, on kierował budową instytutu oftalmicznego, on ogromne zasługi położył około ukonstytuowania się kasy pomocy dla podupadłych lekarzy, wdów i sierot po nich pozostałych, nie zaniedbując przytem ani naukowej ani lekarskiej czynności, słowem, na każdym punkcie spotykamy się z nazwiskiem Szokalskiego.

Następnie przemawiał kolega G e p n e r, który przedstawił działalność Szokalskiego jako specyalisty za granicą (założenie w Paryżu Towarzystwa okulistycznego niemieckiego w imię wspólności nauki); stan okulistyki w Warszawie przed przyjazdem Szokalskiego (operacye wykonywał w szpitalu specyalista sprowadzony z zagranicy) i działalność jego jako nauczyciela i lekarza.

Przemawiał jeszcze Dr. Zygmunt K r a m s z t y k, który przypomniał, że Szokalski odkrył zmysł mięśniowy i że on jeden z pierwszych zajmował się teoryą barw.

— W dniu 20. Lutego b. r. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Bujwid podał swoje badania nad błonicą i morfologią jej zarazka, wytwarzaniem toksyn i ich własnościami oraz badania nad wytwarzaniem surowicy przeciwbłoniczej (z demonstracyami). Następnie kol. Raczyński mówił o rozpoznawaniu błonicy kliniczno-bakteryologicznem i różnicach w jadowitości zarazka. W dyskusyi przemawiał kol. Jeż i kol. Bujwid.

— Znanego ziomka naszego, E. Fingera w Wiedniu dzieło o chorobach wenerycznych wyszło temi dniami w tłómaczeniu francuskiem dokonanem przez Doyona i Spillmanna.

— Na dwóch pierwszych posiedzeniach naukowych grona lekarzy szpitala św. Łazarza, odbytych dnia 26. Stycznia i 18. Lutego b. r. odbyły się następujące odczyty i demonstracye a mianowicie na pierwszem: 1) Dr. H a i m omówił pod względem klinicznym i bakteryologicznym przypadek płonicy powikłanej z błonicą, spostrzegany i leczony w oddziale chorób zakaźnych. 2) Dr. S i e d l e c k i przedstawił uwagi godny przypadek niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty. Na drugiem zaś: 1) Dr. K o ś m i ń s k i przedstawił 10-dniowego noworodka, okazującego po jednym nadliczbowym palcu u rąk i u nóg. 2) T e n ż e przedstawił chorą z osteomalacyą w wysokim stopniu rozwiniętą i objaśnił najnowsze sposoby leczenia tej choroby. 3) T e n ż e wyłożył sposób leczenia Thure-Brandta i wykonał na chorej tym sposobem leczonej najważniejsze manipulacye lecznicze. 4) Dr. M i l e w s k i przedstawił chorą z chorobą Basedowa, leczoną z widocznym skutkiem przez podawanie substancyi gruczołu tarczykowego. 5) Dr. R u t k o w s k i miał obszerniejszy odczyt o zapaleniu wyrostka robaczkowatego (*appendicitis*), przyczem przedstawił chorą operowaną z przyczyny tego cierpienia w oddziale prof. Obalińskiego.

— Otrzymaliśmy broszurę niemiecką: *Einige Bemerkungen zu dem neuen Strafgesetzentwurfe III. Teil V. Hauptstück vom Standpuncte des Hygienikers. Wien 1895*, napisaną przez Dra Ponikłę, dyr. szpitala św. Łazarza przy współudziale Dra F. Bujaka c. k. radcy sądowego. W broszurze tej roztrząsa autor kilkanaście paragrafów projektu kodeksu karnego, mających higieniczną i zdrowotno policyjną doniosłość, porównywa ich brzmienie z odpowiedniemi paragrafami dawnego kodeksu karnego i czyni krytyczne uwagi pod względem higienicznym, proponując pewne zmiany w stylizacyi kilku paragrafów. Projekt nowego kodeksu karnego jest właśnie obecnie przedmiotem obrad Rady państwa.

— Dr. Józef Zawadzki w Warszawie (ulica Solna Nr. 21) zawiadamia, iż redakcya pisma *Centralblatt fur innere Medicin* zaprosiła go na sprawozdawcę z piśmiennictwa lekarskiego polskiego i z tego powodu uprasza autorów prac oryginalnych z zakresu chorób wewnętrznych i medycyny teoretycznej o nadsyłanie prac swych i odbitek pod wskazanym adresem.

— Zakład pasteurowski w Paryżu wysyła od 10. Lutego, jak już donieśliśmy, surowicę przeciwbłoniczą po trzy franki za flaszeczkę zawierającą 20 cm.^{3} i daje 25% rabatu aptekarzom. Od Września roku zeszłego wysłano dotychczas koło 50.000 porcyj surowicy leczniczej.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 7-mym. W. J a w o r s k i: Przypadek otrucia ołowianego z kilkoma bardzo rzadkiemi objawami. Z. P e r k a h l: O tyfusie miejscowym. F. W y c h o w s k i: Epidemia cholery azyatyckiej w osadzie Dobrzyniu nad Drwęcą (w gub. płockiej) w Sierpniu i Wrześniu r. 1894. L. G o s z t o w t: Rak pęcherzyka żółciowego i wątroby o niezwykłym przebiegu. W *Medycynie* Nrze 7-mym Wł. P a l m i r s k i i W a c ł a w O r ł o w s k i: Próba indolowa w hodowlach drobnoustrojów błonicy. E. R o s e n b l a t t: Czy i jakie postępy poczyniliśmy w ostatnich czasach w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu jelit u dzieci. W *Nowinach lekarskich* w zeszycie Lutowym. J. W i c z k o w s k i: O znaczeniu ciałek eozynowych we krwi, plwocinach i moczu. M. M i s i e w i c z: Nowoczesne poglądy szkoły neckerowskiej na tak zwany prostatyzm. A. J a r u n t o w s k i: Przyczynek do badania krwi w górach, mianowicie u chorych piersiowych (dokończenie). W. S o b i e r a ń s k i: Nowsze badania nad farmakologią żelaza.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy w Kossowie w Galicyi, rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Zabiu. Pensya roczna 500 złr. i ryczałt na podróże 400 złr. w. a. Podania wnosić należy do 4. Marca 1895.

Redakcya otrzymała:

J. K. C h m i e l e w s k i: Niekolko nabludenij nad snotwornim diejstwiem trionala, chloraloza i somnala. (Odbitka z *Medicinskoe Obozrenie*).

R. S p i r a: Przypadek urazowego zapalenia poprzecznej zatoki żylnej w następstwie otwarcia wyrostka sutkowego przy ropnem zapaleniu ucha środkowego. Wyleczenie. (Odbitka z *Przeglądu chirurgicznego*).

L. W a c h h o l z: Sekcya sądowo lekarska, protokół i orzeczenie. (Z *Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej* wydawanych przez Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Józef Z a w a d z k i: O zaparciu stolca oraz o tak zwanej chorobie Glenarda. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*).

T e n ż e. Schwefelwasserstoff im erweiterten Magen. (Odbitka z *Centralblatt für innere Medicin*).

J. L u x e m b u r g i J. Z a w a d z k i. Ein Fall von Ulcus ventriculi rotundum auf Grund syphilitischer Gefässerkrankung. (Odbitka z *Wiener med. Presse*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 231.
1895.

KONKURS.

W skutek reskryptu Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 8. Stycznia 1895. L. 72281. rozpisuje Magistrat jako Zarząd szpitala powszechnego w Stanisławowie konkurs celem obsadzenia posady sekundaryusza przy szpitalu powszechnym w Stanisławowie z płacą roczną 400 złr. pomieszkaniem wolnem w szpitalu powszechnym, opałem i światłem z obowiązkiem mieszkania w budynku szpitalnym.

Kandydaci ubiegający się o tę posadę mają wykazać:

1) metryką, że nie przekroczyli lat 40.

2) dyplomem doktora wszech nauk lekarskich nabytym na wszechnicy austryackiej;

3) praktyką lekarską szpitalną;

4) dowodem obywatelstwa austryackiego;

5) znajomością języków krajowych.

Podania należy wnosić do Prezydyum Magistratu Stanisławowskiego w terminie **do 1. Marca 1895.**

Magistrat jako Zarząd szpitala. 71—2—1

Stanisławów dnia 9. Lutego 1895.

Dr. Nimbin.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.